UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900-1901 N° 448

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DU FOIE

(Etude du Diagnostic)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1901

PAR

HENRI DUPLA

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Né à MIREPOIX (Ariège), le 30 Janvier 1877

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. MOSSÉ, ✻, ✪ A., *président*. — TAPIE, ✪ I., GUILHEM, ✪ A., BAUBY, *assesseurs*

TOULOUSE

IMPRIMERIE G. BERTHOUMIEU

15, Rue Denfert-Rochereau, 15

1901

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900-1901 N° 448

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS DU FOIE

(Etude du Diagnostic)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1901

PAR

HENRI DUPLA

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Né à MIREPOIX (Ariège), le 30 Janvier 1877

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. MOSSÉ, ✻, ✪ A., *président.*

TAPIE, ✪ I.,
GUILHEM, ✪ A.,
BAUBY,
} *assesseurs*

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

TOULOUSE

IMPRIMERIE G. BERTHOUMIEU

15, Rue Denfert-Rochereau, 15

1901

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. CAUBET, ✻, ✠ I.
ASSESSEUR	FRÉBAULT, ✠ I.

PROFESSEURS

Anatomie	MM. CHARPY, ✠ I.
Histologie normale	TOURNEUX, ✠ A
Physiologie	ABELOUS, ✠ A.
Anatomie pathologique	TAPIE, ✠ I.
Pathologie et Thérapeutique générales	HERRMANN, ✠ I.
Pathologie interne	ANDRÉ, ✻, ✠ I.
Pathologie externe	PÉNIÈRES, ✠ A.
Médecine opératoire	LABÉDA, ✠ I.
Thérapeutique	SAINT-ANGE, ✠ I.
Hygiène	GUIRAUD, ✠ I.
Clinique médicale	CAUBET, ✻, ✠ I.
	MOSSÉ, ✻, ✠ A.
Clinique chirurgicale	JEANNEL, ✠ I.
	CHALOT, ✠ A.
Clinique obstétricale	CROUZAT, ✠ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	AUDRY, ✠ A.
Clinique des maladies mentales	RÉMOND, ✠ A.
Pharmacie	DUPUY, ✠ I.
Chimie et toxicologie	FRÉBAULT, ✠ I.
Matière médicale	BRÆMER, ✠ I.
Histoire naturelle	LAMIC, ✠ I.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM. SOULIÉ.
Physique	MARIE, ✠ A.
Chimie	ALOY, ✠ A.
Histoire naturelle	SUIS, ✠ A.
Médecine légale	GUILHEM, ✠ A.
Bactériologie	MOREL, ✠ A.
Clinique des maladies des enfants	BÉZY, ✠ A.
Clinique ophthalmologique	VIEUSSE, ✻.
Hydrologie	GARRIGOU, ✠ I.
Pathologie expérimentale	MAUREL, O. ✻, ✠ I.
Cours élémentaire aux sages-femmes	AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et médecine légale	MM. MOREL, ✠ A.
	RISPAL.
	FRENKEL.
Chirurgie	BAUBY.
	CESTAN.
Accouchements	AUDEBERT.
Anatomie et Histologie	SOULIÉ.
Physiologie	BARDIER, ✠ A.
Chimie	N...
Physique	CLUZET.
Pharmacie	RIBAUT.
Secrétaire de la Faculté	CHAUDRON, ✠ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.

(Délibération en date du 12 mai 1891.)

SPÉCIALITÉ DE THÈSES

Toulouse. — Imp. G. BERTHOUMIEU
rue Denfert-Rochereau, 15.

RAPIDE EXÉCUTION

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A mon Oncle et à ma Tante A. SERRUS

Profonde reconnaissance

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Docteur MOSSÉ

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Avant de quitter la Faculté de Toulouse et de dire adieu aux cinq années de jeunesse que nous y laissons, notre première pensée est une pensée de reconnaissance envers nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux.

M. le professeur Mossé nous a fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse; nous eussions voulu cet essai plus digne du maître qui l'inspira; qu'il nous pardonne notre inexpérience et reçoive l'assurance de notre profonde gratitude.

Nous avons été externe pendant deux ans dans le service de M. le professeur Jeannel; nous garderons le meilleur souvenir de son affabilité et de ses savantes leçons; nous ne saurions oublier davantage la rare bonté qu'il nous a toujours témoignée.

M. le Dr Suis, chargé de cours, fut un ami pour

nous bien plus qu'un maître; qu'il nous soit permis de lui exprimer tous nos sentiments de reconnaissance pour la sympathie qu'il n'a cessé de nous marquer durant notre séjour à la Faculté de Toulouse.

Nous adressons enfin tous nos remerciements à MM. les professeurs agrégés Rispal, Bauby et au docteur Galy, ex-chef de clinique chirurgicale, pour l'intérêt qu'ils nous ont témoigné pendant tout le cours de nos études.

Merci enfin à l'ami Sarda, qui, par ses conseils, nous a permis de mener ce travail à bonne fin.

HISTORIQUE[1]

L'hépatite suppurée, affection très connue de nos jours, n'a été guère étudiée que depuis le douzième siècle. Les anciens, cependant, savaient qu'il existait une suppuration du foie et nous pourrions retrouver dans les nombreux écrits qu'ils ont laissés des observations très nettes où ils s'étendent assez longuement sur la suppuration hépatique. Citons notamment l'aphorisme 45, VII[e] section, dans les livres Hippocratiques, qui traite du pronostic à tirer de l'aspect du pus provenant des abcès hépatiques, le paragraphe 55 du livre VII des Epidémies, où se trouve ce titre explicite : *Des abcès du foie à la suite d'une longue diarrhée*, et où le corroyeur de Cléotinas ayant eu de la diarrhée pendant longtemps, de la chaleur survint et il se forma, dans la région du foie, une tumeur phlegmonneuse descendant vers l'hypogastre; le

1. Tout en citant les auteurs qui se sont occupés de l'hépatite suppurée, nous nous sommes attaché à ne relater que les travaux qui pouvaient servir à l'étude du diagnostic. Pour cet exposé, nous avons fait de larges emprunts au *Traité de l'hépatite suppurée*, de MM. Bertrand et Fontan.

ventre se relâcha, une autre tumeur se développa en haut, dans l'hypocondre, et il mourut[1].

Nombre d'observations d'Hippocrate sont cependant difficiles à admettre, comme relevant de l'hépatite suppurée, et il faut arriver à Celse (3 ans après J.-C.) pour trouver dans son *Traité de Médecine* la première description didactique de l'hépatite suppurée; non seulement il indique les signes propres de l'affection qui nous occupe, mais encore le traitement et les moyens de la reconnaître. Il permet d'ouvrir sans crainte les abcès du foie lorsque les purgatifs, les saignées et les topiques n'ont pas eu d'effet curatif.

Avec les auteurs qui vont suivre : Arétée[2], Aétius[3], Galien[3], etc., Oribare, Alexandre de Tralles, Paul d'Egine, Avicenne, Hali-Abbas et Albucasir, tous les signes vont être bien analysés et précisés. Les diverses migrations du pus, les trajets fistuleux, le diagnostic des abcès de la face convexe ou concave vont être étudiés et on essaiera dès lors de reconnaître l'abcès franc des autres affections qui pourraient le simuler.

L'état des connaissances était relativement assez avancé pour que le médecin de Pergame ait pu nous

1. *Traduction Littré*, tome V, page 423.

2. Arétée, a) *De causis et signis acut. morb.*, lib. II, chap. VII; b) *De causis et notis diuturnorum morborum*, chap. XIII, in H. Stephan.

3. Aétius, *Medicinæ tetrabilis*, lib. III, chap. IV, *De hepatis abcessu*, et chap. V, *Cura hepatis exulcerati*, in H. Staffin, tome II, p. 515.

laisser un document fort curieux sur un cas d'hépatite suppurée qu'il put diagnostiquer avant d'avoir interrogé le patient[1] :

« Pendant ce discours, nous étions arrivés à la porte du malade... A la première porte nous rencontrons un domestique qui, de la chambre à coucher, portait à la fosse du fumier un bassin contenant des excréments semblables à de la lavure de chair, c'est-à-dire une sanie ténue et sanguinolente, signe constant d'une affection du foie. Sans paraître avoir rien vu je me rends avec Glaucon près du malade et j'approche la main de son bras, voulant connaître s'il y avait inflammation des viscères ou simplement atonie. Le malade, qui était médecin, dit qu'il venait de se recoucher après avoir été à la selle.

« Calculez donc, ajouta-t-il, que la fréquence du pouls est accrue par l'effort que j'ai fait pour me lever. » Ainsi parla-t-il, et moi j'ai trouvé là un indice d'inflammation. Ensuite, voyant placé sur la fenêtre un pot contenant de l'hysope préparée avec de l'eau miellée, je réfléchis que le médecin se croyait atteint de pleurésie, parce qu'il ressentait aux fausses côtes la douleur qui parfois survient aussi dans les inflammations du foie. Comme il éprouvait cette douleur, que sa respiration était fréquente et petite, qu'il était tourmenté par de courts accès de toux, en un mot, il se croyait pleurétique et en conséquence avait une préparation d'hysope avec de l'eau miellée.

« Comprenant que la Fortune m'offrait un signe de

1. Galien, *Des lieux affectés*, chap ix, liv. V.

m'élever dans l'estime de Glaucon, je portai la main aux fausses côtes du côté droit et, indiquant le lieu, je dis qu'il souffrait en cet endroit. Le malade l'avoua et Glaucon, croyant que le pouls seul m'avait suffi pour diagnostiquer le lieu affecté, était dans une admiration visible. Pour l'étonner davantage, j'ajoutai : « Si vous avez reconnu que vous souffrez là, convenez encore que vous éprouvez le besoin de tousser et qu'à d'assez longs intervalles vous êtes saisi d'une toux petite et sèche sans expectoration. — Comme je disais ces mots, il toussa par hasard, précisément de la façon que j'indiquai. — Bientôt, lui dis-je, vous éprouverez un tiraillement de la clavicule, si vous ne l'avez déjà pas ressenti. Il avoua le fait[1]. »

Cette observation, souvent citée, montre jusqu'à quel point étaient arrivées les connaissances des anciens.

Les auteurs qui ont suivi ont écrit peu de choses nouvelles. Le seul que nous puissions citer est Albucanis, né en Espagne vers 1122.

Mais alors s'ouvre une longue période pendant laquelle la médecine semble s'abstraire volontairement de toute observation directe, pour s'immobiliser et se « cristalliser » en quelque sorte dans un stérile commentaire d'Aristote et de Galien. Elle débute vers la Renaissance et ne se termine qu'au dix-neuvième siècle. Parmi les noms en vedette de

1. Galien, *Des lieux affectés*, chap. IX du liv. V, trad. Daremberg, Paris, 1856, p. 11.

cette époque on peut citer Fernel (1497 à 1558), Lornusius[1], De Sennert[2] surtout, qui a très bien distingué l'hépatite de la convexité et celle de la face concave : « Dans celle-ci, les symptômes relèveraient principalement de l'estomac et de l'intestin, tandis qu'ils seraient surtout thoraciques dans celle-là. »

Mais déjà Th. Bonet[3] avait consigné plusieurs observations anatomiques et cliniques d'hépatite suppurée que Morgagni[4] a analysées d'une façon fort juste.

Ambroise Paré, Fabrice de Hilden et Fabrice d'Aquapendente ont écrit aussi sur ce sujet, mais c'est à Bosterhaave qu'on doit une mention spéciale pour l'exactitude et la précision de son exposé clinique et la netteté des indications diagnostiques, qualités auxquelles les plus grands médecins du dix-huitième siècle, Van Swieten[5] entr'autres, ont rendu hommage.

Bianchi[6] s'efforce, au chapitre *de hepatis phlegmone*, d'établir à coup d'arguties un diagnostic entre l'hépatite chaude ou aiguë et l'érysipèle du foie, affection qui correspond sans doute à notre périhépatite et,

1. *Tableau des maladies,* trad. de D. Mascrier, Paris, 1705, liv. II Inflammation du foie.

2. De Sennert, « *Opera omnian-Lugd. Medicinal practical,* etc. », liv. III, part. VI, sect. I, cap. III. *De hepatis inflammatione.*

3. Bonet, *Sepulchretum.*

4. Morgagni, *Lettre XXXVI.*

5. *Commentaria in hermanni Boherhaave, aphorimos de cognoscendis et curandis morbis.* Paris, 1758.

6. Bianchi, *Historia hepatica.* Genève, 1724.

sans rien dire de nouveau, répète les errements traditionnels.

Haller[1] insiste sur les difficultés du diagnostic; puis viennent les travaux de De La Motte, ceux de Lieutaud et de l'Académie royale de Chirurgie, qui donna le prix à David, en 1778, pour son travail sur l'hépatite suppurée.

Au dix-huitième siècle, à l'étranger, Borsieri et Cüller seuls se sont occupés de la question.

Au dix-neuvième siècle, Portal[2] signale dans son étude symptomatique la douleur de l'épaule comme très fréquente dans l'abcès du foie et en donne une explication exacte. Puis viennent les études de Broussais, éloignant la dysenterie comme cause de l'hépatite, pour ne voir en celle-ci qu'une complication de la gastro-entérite. Louis Andral, Cruveilher, Dance, ont écrit sur le même sujet sans apporter de fait nouveau. Puis, apparaissent successivement les articles d'ensemble de Roche, dans le Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, de Ferrus et Bérard, dans le Dictionnaire en trente volumes de Puchelt, dans la pathologie de Frank (1845).

La médecine française en matière de pathologie hépathique ne sortira de ces limites étroites qu'après l'occupation de l'Algérie, bien qu'à ce moment le

1. Haller, *Opuscula pathologica,* observation xxxii. Lausanne, 1755.

2. Portal, *Observations sur la nature et le traitement des maladies du foie.* Paris 1813, chap. vii.

livre de Valleix[1], le mémoire de Fauconneau-Dufresne[2] et celui d'autres auteurs que nous citerons aient prouvé que les écrits des médecins anglais de l'Inde commençaient à ne plus être incomplètement inconnus ni négligés dans notre pays.

En Angleterre, plutôt qu'en France, la littérature médicale s'est inspirée des enseignements tirés de la pratique des pays chauds et on peut s'étonner de trouver dès 1817 un ouvrage de Griffith publié sous ce titre : *An essay an the commoa causes, of hepatitis as wel in India as in Europa,* de même qu'au dix-septième siècle, Bontius avait écrit et signalé d'une façon très précise la marche de la suppuration dans les maladies du foie, les causes, les symptômes et le diagnostic.

Les médecins français ne signalaient qu'en passant cette complication de la dysenterie, tandis qu'en Angleterre avaient paru, depuis l'*Essai*, de Lind, des écrits nombreux qui se succédaient sans relâche, complétant d'une façon magistrale la symptomatologie de cette affection et aboutissant au bel ouvrage de Annesley, dont l'autorité a été si grande que les plus hardis novateurs n'ont pu renverser complètement les idées émises par ce grand médecin colonial. A cette époque, on s'applique à l'examen de l'organe, à sa percussion et à sa palpation, et c'est

1. Valleix, *Guide du Médecin praticien.* Paris, 1845.

2. Fauconneau-Dufresne, *De la curabilité des abcès du foie,* Société de Médecine. Paris, 20 mai 1846, et *Revue de Médecine France et Etranger,* vol. 1, 1846.

alors que Murray, aux Indes, se servit pour la première fois de la ponction exploratrice, préconisée déjà en France depuis douze ans, fait important, et dont le diagnostic ne put que bénéficier.

A côté des Girdlestine, Cürtis Saunders, Marshall, Twininq, Jolmson, Ranald Martin, Budd, Geddes, Mac, Kinnon, Allan Webb, de nombreux médecins français ont aussi contribué à l'étude de cette affection. Ce sont : Larrey[1], Campel, Calvet, Gormet, Salva, Hamon, Langlois, Noël, Thévenot. On peut voir par ces citations combien est exagérée l'assertion d'Haspel voulant qu'on ne possédât en France que des documents sans valeur, relativement aux abcès du foie, avant la publication des premiers mémoires des médecins militaires en Algérie.

Comme le font remarquer avec juste raison Bertrand et Fontan, dans leur *Etude sur l'Hépatite suppurée :* « Que l'enseignement des Facultés ne dépassât pas sur ce sujet le niveau des leçons ou des écrits de Louis et d'Andral; que les élèves, jurant *in verbis magistri,* ne vîssent rien au-delà, c'est possible; mais on avait les travaux des médecins anglais de l'Inde, les documents français que nous venons d'indiquer, et si leurs lecteurs étaient rares ce n'était pas tout à fait la faute de leurs auteurs. » En tous cas, nos médecins algériens, Laveran, Haspel, Broussais, Cathelug, Cointray, etc., dont les travaux sont tous résumés dans le *Recueil des Mémoires de Médecine, de Chirurgie*

1. Larrey. Clinique Chirugicale. Paris, 1820, tome II, *De l'Hepatitis.*

ou de Pharmacie militaires, ont su répandre et préciser des notions peut-être imparfaitement connues jusque là et si les problèmes de l'étiologie et de la pathogénie restent encore à discuter, la clinique, du moins, a largement bénéficié de leurs observations et le diagnostic a su s'imposer là même où, autrefois, on aurait peut-être hésité.

Depuis lors, les travaux français et étrangers paraissent chaque jour précisant quelques points de détail et nous ne pouvons les citer complètement : Tous les journaux, toutes les revues ont publié des articles excellents, des livres parfois de longue haleine, ne traitant que de cette question, et pour faire quelques citations, nous rappellerons l'article de Rendu du *Dictionnaire Dechambre,* les études de Kelsch et Kiener, de Bertrand et Fontan, etc., etc.

D'un autre côté, la facilité des communications internationales ont permis de voir en Europe des malades des pays chauds. Bien des médecins, de ce fait, ont eu à soigner en France des rapatriés du Tonkin; la science médicale n'a pu que gagner à cet état de choses et les recherches les plus approfondies ont été faites sur ce sujet. Encore aujourd'hui on peut retrouver dans les divers journaux la preuve matérielle du travail accompli.

Le diagnostic, sur cette vive impulsion, s'est de plus en plus précisé et tel cas qui, il y a 50 ans encore aurait paru douteux, est résolu aujourd'hui d'une façon presque mathématique.

C'est que la clinique n'est plus livrée à ses seules ressources; avec ce courant qui entraîne les idées

médicales actuelles, on a su développer les applications pratiques des autres sciences qui ont ainsi pris une grande place dans la médecine contemporaine. Les ponctions exploratrices rendues innocentes par les découvertes de l'antiseptie permettent d'aller chercher le pus que soupçonne le raisonnement clinique; l'examen bactériologique en reconnaît la nature et les propriétés nocives, la radioscopie et la radiographie permettent de localiser le processus morbide, la chimie, enfin, a su reconnaître la composition exacte des urines, tandis que l'hématologie renseigne sur la composition du sang.

Il nous faut reconnaître le large bénéfice qu'a su retirer la médecine des différentes branches de la science; malheureusement, le laboratoire, l'éprouvette, le microscope, ne sont pas à la portée de tous, et le praticien, à la campagne, comme dans la clientèle urbaine, ne devra souvent compter que sur les symptômes cliniques pour arriver à reconnaître et parfois deviner la maladie et ses différentes formes.

Avant d'étudier le diagnostic de l'hépatite suppurée, il nous semble utile de donner en quelques mots les points les plus marquants de son aspect clinique.

Nous nous servirons de la division de Bertrand et Fontan[1] et nous passerons en revue quatre variétés principales d'abcès du foie :

1. Bertrand et Fontan, *Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds*. Paris, 1895.

1° L'Hépatite type avec ses trois formes : aiguë, subaigüe, chronique.

2° L'Hépatite fruste;

3° L'Hépatite latente;

4° L'Hépatite larvée.

I. **Hépatite type.** — *Forme aigüe.* — Peu fréquente surtout si on sait la débarrasser de la congestion simple du foie. Débute d'une façon brusque et nette par de la fièvre intermittente ou rémittente avec frissons et par des symptômes locaux : douleur dans l'hypocondre droit et tuméfaction hépatique. Cette douleur est une sensation obtuse de pesanteur entrecoupée d'élancements qui la font nommer point de côté hépatique. Le foie est volumineux; les fonctions digestives sont perturbées : langue sale, nausées, vomissements, constipation, parfois selles diarrhéiques; les urines sont d'un rouge foncé, peu abondantes; l'ictère est tout à fait exceptionnel. Dans l'espace de quelques jours, tous ces symptômes disparaissent et la guérison temporaire ou définitive peut survenir.

Dans certains cas, en effet, cette rémission est constante et la maladie a fini d'évoluer; c'est la terminaison par résolution. Dans d'autres, au contraire, on voit réapparaître de nouveau tous les symptômes, la suppuration s'établit; un état typhique se déclare, appelant souvent la réaction de Widal pour être bien reconnue étiologiquement. Le malade succombe souvent avant que la suppuration complète ne s'établisse (Rouis), ou bien il y a encore rémission et la suppu-

ration s'établit lentement, demandant pour se former un temps éminemment variable dans chacun des cas.

Il ne faut pas oublier que, parfois, ces symptômes généraux, cette période aiguë, surviennent dans le cours d'une hépatite chronique constatée depuis déjà longtemps.

Une observation des plus nettes de ce fait se retrouve dans le travail de Mac Lean qui rapporte lui-même le cas d'un malade de Morehead[1]. Nous donnons, à notre tour, une observation d'hépatite aiguë où le diagnostic est resté longtemps hésitant et où les frissons, la fièvre, l'état général et local, auraient pu faire penser, soit à une fièvre typhoïde, soit à une appendicite. La ponction exploratrice faite après la poussée aiguë a démontré qu'il s'agissait bien d'une hépatite suppurée. On pourra consulter, à ce sujet, le *Toulouse médical* (15 juin 1901), où M. le professeur Mossé rapporte, à propos de ce malade, les difficultés du diagnostic.

Ces cas sont relativement rares et on les observe peu fréquemment en France; dans les pays chauds, les médecins coloniaux peuvent en voir beaucoup plus fréquemment.

Forme subaigüe. — Ici nous retrouvons le même cortège symptomatique que précédemment, mais ce qui distingue surtout ces deux formes entre elles, ce sont la lenteur révélatrice de la marche du

1. Mac Lean (W. Campbell. On the of mercury ni hepatic diseases). *Indian annals*, vol. III, 1856.

mal et la moindre violence de ces symptômes dans le second cas.

Les troubles digestifs et la dysenterie en particulier apparaissent d'abord, puis le foie augmente peu à peu de volume, enfin la fièvre s'allume et dure jusqu'au moment ou l'abcès est constitué. Jamais nous ne retrouvons l'état typhoïde qui caractérise la première forme. Le malade de l'observation II appartient à cette catégorie. Après des frissons répétés, de la douleur dans l'hypocondre droit, de l'anorexie, de la céphalalgie, on voit que son foie augmente de volume et qu'il s'étend peu à peu, mais le médecin traitant croit avoir affaire à une pleurésie et ce n'est que quelques mois après, alors qu'il est entré à l'hôpital, qu'on reconnaît son hépatite suppurée.

Dans l'*hépatite chronique,* la marche est presque toujours insidieuse, sourde et traînante.

Succédant parfois à l'hépatite aigüe ou subaigüe, elle peut apparaître d'emblée chez les vieux dysentériques qui ont eu parfois de la dyspepsie et du paludisme. L'état général est peu frappé au début; les malades peuvent avoir de l'anorexie, des vomissements, de la diarrhée ou de la constipation; la fièvre, plus ou moins élevée, se montre d'une façon continue et résiste à la quinine. Il y a amaigrissement.

Mais ce sont surtout les symptômes physiques qui pourront décider le diagnostic.

Le foie est gros, douloureux en général; l'hypocondre est dilaté, les côtes repoussées, l'épigastre gonflé, la paroi œdématiée, etc.; la tumeur elle-même

peut faire saillie et ne pas laisser un instant de doute ; parfois, au contraire, elle sera cachée ; et si on songe à l'abcès du foie, ce qui n'arrive pas toujours, on aura beaucoup de peine à diagnostiquer le point précis où se trouve la collection purulente.

Tel est le cas du malade que MM. Sarda et Oulié ont présenté à la Société anatomo-clinique de Toulouse[1] et dont nous rapportons plus loin l'observation : sa dysenterie datait de plusieurs années et l'affection actuelle, dont il se plaignait depuis plusieurs mois, ne l'avait pas empêché de travailler au début. Elle s'était manifestée sans douleurs, sans symptômes bien nets : perte des forces et de l'appétit. un peu de douleur hépatique, un peu de diarrhée et c'est tout.

Notre cinquième observation en est enfin un autre cas absolument net.

Nous nous étendrons moins longuement sur les hépatites frustes, larvées et latentes.

Il n'est pas rare d'en observer des cas, et telle observation qui semble au premier abord appartenir à l'une des formes types que nous avons signalées, revient, souvent après, à l'une des trois variétés dont nous allons parler tout à l'heure.

II. **Hépatite fruste.** — Dans l'hépatite fruste, qu'il ne faut pas confondre avec l'hépatite latente, on ne retrouve plus un appareil symptomatique complet ; tantôt ce sont les symptômes généraux qui font

1. Sarda et Oulié, *Toulouse médical*, 15 Juin 1901.

défaut, et tantôt les symptômes locaux. Certains malades paraissent atteints d'un engorgement sanguin biliaire du foie, d'autres ont l'aspect de phtisiques ou de typhiques. De nombreuses observations ont été rapportées par Frerichs[1], Morehead, Corre[2], Budd, Rouis[3], et cette variété, quoique mal acceptée par de nombreux médecins, existe cependant d'une façon certaine.

III. **Hépatite larvée.** — Il faut avouer que l'hépatite échappe au diagnostic, parce que, suivant la remarque de Guéneau de Mussy[4], « l'évolution de l'affection hépatique est enveloppée par d'autres localisations morbides qui la masquent par leur relief et par l'explication qu'elles semblent donner des symptômes observés. »

C'est là ce qu'on peut nommer l'hépatite larvée, et Guéneau de Mussy en rapporte dans ses cliniques un exemple frappant : un homme, marinier de son état, entre dans son service avec l'étiquette de pleurésie. L'examen fait penser à une phthisie aiguë et on institue un traitement en conséquence. Il avait le faciès phtisique avec un noyau induré au sommet, de la diarrhée ; puis survint du délire et de l'empâ-

1. Frerichs, *Traité des maladies du foie*, traduct. Duménil, 1886.

2. Corre, *Traité clinique des maladies des pays chauds*. Paris, 1887.

3. Rouis, *Recherches sur les suppurations endémiques du foie*. Paris, 1860.

4. Guéneau de Mussy, *Clinique médicale*. Paris, 1885, tome IV, p. 498.

tement du ventre, tous signes qui ne juraient en rien avec l'hypothèse admise par l'auteur : « Nous avons vu, dit-il, quel démenti les résultats de l'examen nécroscopique sont venus infliger à ces prévisions qui semblaient si bien coordonnées et appuyées sur des appréciations si vraisemblables. La petite induration tuberculeuse que j'avais soupçonnée pendant la vie au sommet droit existait, mais isolée et indépendante de la lésion morbide à laquelle elle avait paru pouvoir servir d'étiquette. L'hépatite suppurée était le fait principal, dominant, sinon le fait primitif de cette maladie à manifestations nombreuses et diffuses. Si cet énorme abcès s'était dérobé à nos investigations, c'est qu'il s'était développé dans la partie postérieure du foie. Il était entièrement caché par le diaphragme et les fausses côtes. »

Haspel[1] relate aussi un cas d'abcès du foie à symptômes locaux si effacés et symptômes généraux si marqués qu'on fit le diagnostic de dothiénenterie.

Catteloup[2] rapporte plusieurs observations avec erreur de diagnostic. M. le professeur Mossé[3] a signalé, en 1877, un cas d'abcès du foie qui fut pris pour une pleurésie purulente.

La liste serait longue encore des nombreuses erreurs de diagnostic auxquelles cette forme d'hépatite suppurée a donné lieu.

1. Haspel, *Maladies de l'Algérie*, p. 213.

2. Catteloup. *Recueil et Mémoire de Médecine militaire*, tome LVIII, p. 125.

3. Mossé, *Bulletin de la Société anatomique*, Paris. 1877.

IV. **Hépatite latente.** — « L'hépatite latente doit être réservée à cette variété d'inflammation suppurative du foie dans laquelle l'évolution des lésions se fait si sourdement et provoque si peu de réaction locale ou générale, que les malades ne songent pas à interrompre leurs occupations habituelles, continuent à faire leur service, ne se plaignant de rien et ne recourent pas au médecin. » (Bertrand et Fontan).

N'est-ce pas le fait qui s'est passé dans deux de nos observations? Le malade de MM. Sarda et Oulié n'a-t-il pas continué à travailler pendant plusieurs mois avant d'être obligé de s'arrêter? N'est-ce pas surtout le fait de ce malade dont nous parlons dans notre observation I et qui, quoique ayant un abcès du foie, dûment constaté par la ponction exploratrice, a pu quitter l'hôpital, se promener en ville pendant un mois, époque pendant laquelle on l'a revu plusieurs fois en bonne santé et refusant toujours de se laisser opérer.

Quel sera l'avenir de ce malade? Le pus collecté se résorbera-t-il, ou bien l'abcès ne se développera-t-il pas et le malade ne succombera-t-il pas tout à coup à la suite du moindre effort, ainsi que de nombreux exemples en ont été rapportés?[1] L'avenir le dira peut-être.

Telles sont donc les variétés et les formes d'hépatite suppurée que nous avons à considérer; avant de passer à l'étude du diagnostic qui sera le fond de ce travail inaugural, nous insisterons encore sur ce fait

1. Carde, Borius, Haspel, Rouis, Barthélémy et Bernardy, etc.

que les formes franches sont très rares, et que les formes frustes, larvées et latentes, sont très fréquentes, ce qui faisait dire au Dr Patrik Mauson (d'Amory) : « Le vieux tableau de l'hépatite est entièrement faux et trompeur. Il peut arriver que les symptômes soient urgents et impossibles à méconnaître; mais, dans la majorité des cas, si peu urgents sont les signes généraux et locaux, que tel malade qui se présente porteur d'un abcès du foie, déclare ne pas savoir s'il a un foie[1]. »

1. Mauson, *On the operative treatment of hepatitis and hepatii abscess. China imperial maritime customo medical reports for the half year indet,* 30 septembre 1883.

OBSERVATION I[1]

B..... (Henri), voyageur de commerce, âgé de 26 ans, entre le 7 mars 1901 dans le service de M. le professeur Mossé, lit n° 11.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou collatéraux.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance ou de l'adolescence. Blennorragie à 19 ans, d'une durée de 2 mois. Pas de rhumatismes ni de syphilis.

En 1895-96, le malade séjourne 22 mois en Egypte sans souffrir de la malaria ni de dysenterie.

De janvier à octobre 1900, le malade séjourne en Corse, où il contracte la dysenterie. Deux mois de durée et soignée simplement par le régime lacté.

Maladie actuelle. — A la suite d'un refroidissement, le malade aurait présenté des frissons répétés et une douleur assez vive dans l'hypocondre droit et dans l'épaule correspondante.

Céphalalgie. — Pas de jaunisse. Il n'a jamais constaté de tumeur du côté droit. Traité par iode et thapsia.

1. Ces observations ont été recueillies par M. Sarda, chef de clinique, dans le service de M. le professeur Mossé.

Du côté des voies digestives, le malade se plaint d'anorexie; n'aurait jamais eu de vomissements.

Examen du malade. — Malade petit, bien constitué, non amaigri, facies pâle, fatigué. Pas d'œdème.

a) *Appareil digestif.* — Anorexie. Langue saburrale; ne supporte qu'un peu de lait, sans cela présente de suite des vomissements.

Pas de ballonnement du ventre, pas d'hémorrhoïdes.

Foie. — Le malade accuse une douleur très vive du côté de l'hypocondre droit, douleur réveillée par les simples mouvements ou par la pression à ce niveau; cette douleur est encore exagérée par l'état de nervosisme où se trouve le sujet.

On peut cependant arriver, dès le deuxième jour, à présenter ou à délimiter le foie d'une façon très nette.

Il ne semble pas augmenté de volume dans sa partie antérieure et latérale; le bord inférieur dépasse cependant d'un centimètre cube environ le rebord des fausses côtes.

Supérieurement, le foie arrive à $0^m,03$ au-dessous du mamelon.

En arrière, la matité est beaucoup plus nette que d'ordinaire, mais les limites normales ne sont guère dépassées, le bord supérieur arrive à $0^m,03$ au-dessous de la pointe de l'omoplate.

La *rate* n'est pas augmentée de volume.

A la palpation, l'abdomen donne une douleur vive, soit en avant, soit en arrière, au niveau de la fosse rénale; c'est la continuation de la douleur que nous avons déterminée au niveau du foie.

Il n'y a cependant pas de tuméfaction de la fosse

iliaque droite et du flanc droit, le rein droit lui-même n'est pas abaissé et n'est pas douloureux.

b) *Appareil circulatoire.* — A l'auscultation, le cœur présente un souffle extra-cardiaque; pas de bruit organique.

Les pulsations sont fortes et le pouls rapide (120).

c) *Appareil respiratoire.* — A la percussion, les poumons présentent une sonorité normale sur toute leur hauteur, sauf du côté droit, où elle est un peu diminuée. On observe même de ce côté un peu de retentissement de la voix.

Pas de souffle pleurétique, pas de pectoriloquie aphone. Toux sans expectoration.

d) *Système nerveux.* — Le réflexe pharyngé est diminué; les réflexes cutanés et tendineux sont normaux; celui du tendon rotulien est peut-être un peu exagéré.

e) *Appareil urinaire.* — Les urines sont un peu foncées en couleur; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires. La recherche de l'urobiline donne un résultat négatif; la réaction d'Heychrafft est cependant positive.

Organe des sens, peau, ganglions, normaux.

Le malade se plaint de sueurs; la température est de 38°,5 le deuxième jour.

TRAITEMENT

Régime lacté absolu, purgatifs, enveloppement humide froid de la région douloureuse.

Les jours suivants on constate une amélioration sensible de l'état général et local. Le malade se meut facilement dans son lit et on l'y examine avec beaucoup

plus de facilité. Les signes constatés auparavant, c'est-à-dire un peu d'épaississement de la plèvre et un peu d'augmentation du foie en arrière, deviennent évidents.

Le 20 mars, le malade n'accuse plus aucune douleur et semble complètement rétabli; mais, l'examen du foie donne une augmentation très nette de l'organe en arrière, sans qu'on puisse en déterminer les limites précises.

Le 23 mars, on fait la numération des globules avant de procéder à la ponction explorative. Voici la moyenne des résultats obtenus dans ces recherches :

Globules rouges.....	5,300,000
Globules blancs.....	23,200

Le pourcentage donne les chiffres suivants :

Polynucléaires neutrophyles....	74,6 %
— eosinophyles....	0
Grands mononucléaires.....	10,4 %
Lymphocytes.....	14,7 %

Le 30 mars, on procède à la ponction exploratrice.

Une première, faite suivant la ligne axillaire, n'amène pas de résultat.

Une deuxième, faite dans la région postérieure, au niveau du 9e espace intercostal, amène du pus couleur café au lait.

L'examen de ce pus, pratiqué par notre ami M. Dalous, préparateur de bactériologie, démontre l'absence de microbes.

Le 27 mars, un examen radioscopique avait été fait par M. le professeur Marie ; il avait démontré nettement les faits suivants : le diaphragme du côté gauche avait les mouvements complètement libres. On ne remarque rien d'anormal du côté du poumon gauche, du cœur, du péricarde et de la rate.

A droite, le poumon était sain; le diaphragme est immobilisé dans toute sa partie droite; en regardant la partie postérieure, il était surélevé dans sa position juxta-vertébrale et costale.

Le 9 avril, le malade, refusant toute opération, quitte l'hôpital malgré l'avis contraire de M. le professeur Mossé.

Nous avons eu l'occasion de le revoir deux fois, en ville; le malade n'accusait plus aucune douleur.

OBSERVATION II

F... (Louis), cordonnier, âgé de 24 ans, entré le 18 décembre 1900 dans le service de M. le professeur Mossé, salle Saint-André, n° 16.

Antécédents héréditaires. — Père, 59 ans, rhumatisant. Mère, 59 ans, bonne santé. Un frère et une sœur bien portants. Un autre frère est mort d'accident.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance ni de l'adolescence.

Fait son service militaire en Algérie où il séjourne pendant trois ans. Blennorrhagie. Pas d'habitudes alcooliques.

En novembre 1898, a la dysenterie pendant trois semaines (selles diarrhéiques et sanguinolentes). Il maigrit de 10 kilos. N'a jamais toussé ni expectoré. Un peu d'anorexie. Le malade éprouve quelques douleurs, assez vagues d'ailleurs, pendant ses digestions.

Au mois d'octobre 1900, il ressent une douleur assez vive au niveau de l'hypocondre droit, dans la région hépatique, avec irradiations dans l'épaule correspondante; essoufflement rapide après la marche, pendant laquelle la douleur est augmentée. Se trouvant plus fatigué, il va trouver un docteur, qui le soigne, dit-il, pour une pleurésie. Il cesse tout travail et entre à l'hôpital.

Examen du malade. — Le malade, de taille moyenne, est pâle, amaigri; le visage est jaunâtre. A l'examen général, on ne remarque rien de particulier, si ce n'est du côté de l'abdomen et du tronc.

Le thorax est élargi dans sa partie inférieure; on voit très nettement les saillies faites par les côtes.

Les mouvements respiratoires sont très bien marqués; il y a une distension des espaces intercostaux pendant l'inspiration, sauf au niveau de la base droite du thorax où il y a une immobilité presque complète de la paroi.

Pendant l'expiration, surtout dans le reste du thorax, on voit très nettement que les espaces intercostaux sont rétractés et on assiste à chaque mouvement respiratoire à cette distension et à cette rétraction de la paroi.

Du côté de l'abdomen, on voit que celui-ci est très distendu; il semble même qu'il y ait un peu d'œdème de la paroi, au niveau de la région épigastrique; cet œdème se prolonge vers les deux hypocondres; on ne le retrouve pas dans les parties inférieures au-dessous de l'ombilic. Pas de circulation collatérale.

a) *Palpation.* — L'abdomen est absolument souple dans ses parties inférieures; dans la partie supérieure on éprouve une résistance difficile à vaincre et on ne peut que difficilement, arriver sur les organes profonds ; on détermine un petit godet caractéristique de l'œdème; on détermine enfin dans toute la région épigastrique une douleur assez vive. On ne retrouve pas facilement le bord inférieur du foie ni celui de la rate.

b) *Percussion.* — Si on cherche à déterminer la hauteur du foie, on a une ligne de matité très élevée qui va depuis le rebord des fausses côtes jusqu'au-dessus du

mamelon. Il y a perte d'élasticité complète, une matité absolue, *tanquam percussi femoris*. Ces recherches ne provoquent aucune douleur.

La matité se prolonge sur la partie médiane du thorax, dans la région épigastrique, et se continue sur le côté gauche où elle perd une partie de sa hauteur.

Elle se continue dans l'aisselle et on la retrouve très nettement dans la région postéro-inférieure du thorax.

Le trajet de la ligne de matité supérieure est le suivant :

A droite, elle part horizontalement, en suivant une ligne qui passerait à un centimètre au-dessus du mamelon; elle se rapproche ensuite du mamelon, et, arrivée sur la ligne médiane, elle s'abaisse en passant par la quatrième articulation chondro-sternale. Elle descend ensuite, en suivant le quatrième espace intercostal, et remonte après presque verticalement jusqu'à $0^{m},03$ au-dessus et $0^{m},02$ en dehors du mamelon gauche. Elle se perd ensuite sous l'aisselle, où l'on voit la sonorité reparaître.

La ligne de matité inférieure part en arrière, au niveau de la partie moyenne de la région lombaire et va, en contournant sur un plan horizontal, à $0^{m},09$ au-dessus de l'ombilic; elle remonte légèrement vers le niveau des fausses côtes, qu'elle n'atteint pas.

En résumé, en avant, l'hypocondre droit, la région épigastrique, l'espace de Traübe et une partie de l'hypocondre gauche sont complètement mats.

En arrière, la matité part de la partie moyenne de la région lombaire, où on la délimite difficilement de la matité environnante; elle suit un plan horizontal, passant à $0^{m},03$ au-dessus de la pointe de l'omoplate.

Voici les dimensions obtenues :

20 Décembre : Périmètre thoracique.

Côté droit, au-dessous du mamelon : du sternum à la colonne vertébrale	0,47
Côté gauche, du sternum à la colonne vertébrale	0,42 ½
Côté droit, du sternum au mamelon	0,12
— gauche, — —	0,11
Ligne mamelonnaire droite	0,10
— — gauche	0,18
Ligne parasternale	0,18
Au milieu du sternum	0,10

23 Décembre :

Côté droit et au-dessous du mamelon : du sternum à la colonne vertébrale	0,47
Côté gauche, du sternum à la colonne vertébrale	0,46
Côté droit, du sternum au mamelon	0,11
— gauche, — —	0,10
Ligne mamelonnaire droite	0,10
— — gauche	0,18
Ligne parasternale	0,10
Au milieu du sternum	0,15

Les autres appareils fonctionnent normalement.

Appareil urinaire : Urines rares, foncées, contenant de l'urobiline et très peu d'urée pour leur concentration.

Ni sucre ni albumine.

Numération des globules :

Globules rouges	4,900,000
— blancs	15,000

Le pourcentage des diverses variétés de leucocytes donne les chiffres suivants :

Polynucléaires neutrophyles	72 %
— éosinophyles	2 %
Grands mononucléaires	4 %
Lymphocytes	22 %

. Le malade, évacué dans un service de chirurgie, est opéré par M. le professeur Jeannel. Après les précautions antiseptiques ordinaires, on fait une incision sur la neuvième côte au niveau de l'aisselle. On arrive sur le foie après résection de la côte. Il s'écoule alors et sans nouvelle incision 2 litres et demi environ d'un pus couleur chocolat.

On lave et on draine.

La température reste toujours normale après l'opération. La plaie laisse encore échapper du pus pendant trois semaines, puis se fait la cicatrisation. Les phénomènes pulmonaires disparaissent. Il sort guéri en février.

OBSERVATION III

G..... (Pierre), âgé de 26 ans, entré le 12 février 1901 dans le service de M. le professeur Mossé, salle Saint-André, n° 6.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — Bien portant pendant son enfance, sauf une rougeole à 4 ans.

Fait son service militaire en Algérie, où il contracte la dysenterie. Selles glaireuses et sanguinolentes, pendant cinq mois environ. Nombreux excès alcooliques. Une blennhorragie est à signaler. Pas de syphilis.

De retour en France, à l'âge de 24 ans, le malade avait de temps en temps des selles dysentériques qui ne duraient cependant pas plus de quinze jours à trois semaines. Le malade continue ses excès alcooliques.

Maladie actuelle. — Il y a quatre ans, il commença de souffrir d'un point de côté dans l'hypocondre droit; cette douleur vive s'irradiait du côté de l'épaule droite et amenait de la gêne dans la respiration.

Une petite toux sèche apparut en même temps; elle n'était pas suivie d'expectoration. Le malade est fatigué, obligé de s'aliter; il a quelques vomissements;

sa dysenterie reparaît; il fait appeler un docteur qui le soigne pour pleurésie.

Deux vésicatoires sont appliqués sans amener aucun soulagement.

Le malade se décide alors à entrer à l'hôpital.

Examen du malade. — Assez grand, mais pâle et amaigri, le malade ne présente rien dans son habitus extérieur; une seule remarque à faire : il se couche sur le dos, les jambes pliées sur les cuisses, les cuisses sur le bassin.

Du côté du tronc, l'inspection dénote une ampliation thoracique considérable; la mensuration donne $0^{m},03$ de plus en faveur du côté droit.

La région épigastrique bombe et fait saillie au-dessus du thorax. Cette saillie s'arrête à trois centimètres au-dessus de l'ombilic et va se perdre dans l'hypocondre gauche.

A la palpation, on trouve un peu d'œdème de la paroi, marqué surtout au niveau de la région épigastrique et de la ligne axillaire.

Les espaces intercostaux sont très élargis comparativement à ceux du côté gauche; ils laissent pénétrer facilement un doigt.

Le point douloureux maximum se trouve au niveau de la région épigastrique.

Les vibrations vocales sont à peu près abolies en arrière.

A la percussion, on trouve dans l'hypocondre une zone de matité très marquée. Cette zone de matité absolue s'étend, en haut, jusqu'au niveau du mamelon; en bas, elle descend à $0^{m},02$ ou $0^{m},03$ au-dessous des fausses côtes. Elle se prolonge dans la région épigastrique jusqu'au niveau des côtes gauches.

En arrière, la matité est aussi nette; elle remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate. Il y a non seulement matité, mais perte de l'élasticité et résistance au doigt.

On trouve en arrière, à l'auscultation, quelques frottements très nets; pas de pectoriloquie aphone ni d'œgophonie.

Au sommet du poumon droit, on note un peu de respiration supplémentaire. Rien à gauche.

Le cœur est un peu dévié à gauche; le pouls bat sous la cinquième côte, à trois centimètres en dehors du mamelon.

Battements rapides mais réguliers. Pas de souffle ni de bruit de galop.

Appareil digestif. — Anorexie assez marquée. Les vomissements ont cessé depuis quelques jours, mais le malade présente toujours de la diarrhée avec quelques filets de sang et quelques glaires. La rate n'est pas grosse.

Système nerveux. — Normal.

Appareil urinaire. — Urines rares, 500 à 600^{cc} dans les vingt-quatre heures. Pas de douleur à la miction. Elles contiennent peu d'urée et assez de chlorures; pas de sucre ni d'albumine.

L'urobiline y est signalée.

La température oscille entre 38° et 39°,2. Devant cet état de choses, on décide de faire l'examen du sang et la ponction exploratrice.

15 février. — L'examen du sang donne les résultats suivants :

Globules rouges.....	4,930,000
Leucocytes	6,220

Le pourcentage des diverses formes de leucocytes a donné :

Polynucléaires neutrophyles.....	65 %
— éosinophyles	5 %
Grands mononucléaires.....	4 %
Lymphocytes.....	26 %

Deux ponctions exploratrices ont été pratiquées : l'une, au niveau de la région épigastrique, à $0^{m},04$ de la ligne médiane, point culminant de la tumeur et point douloureux maximum ; l'autre, dans l'hypocondre droit, dans le 9e espace intercostal, sur la ligne axillaire antérieure.

Dans les deux cas, on a ramené du pus café au lait.

Le malade, acceptant l'opération qu'on lui propose, est évacué le 21 février dans le service de M. le professeur Chalot, suppléé en ce moment par M. Mériel, chef de clinique chirurgicale.

Opération. — Anesthésie à l'éther. Précautions antiseptiques d'usage. Incision de huit centimètres. On arrive sur le tissu hépathique qu'on incise et aussitôt jaillit un flot de pus couleur café au lait. La quantité est évaluée à 2 litres. On lave la poche et on la draine. Pansement antiseptique.

Les jours suivants, état satisfaisant du malade. La température tombe à 37°.

Il quitte l'hôpital en mars, complètement guéri.

OBSERVATION IV [1]

C... (Bernard), âgé de 53 ans, entre le 23 mai 1901 dans la salle Saint-André, numéro 20, service de M. le professeur Mossé.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires ou collatéraux.

Antécédents personnels. — Bien portant pendant son enfance et son adolescence. Blennhorragie à 21 ans. Pas de syphilis. Fait son service militaire en Algérie. Va au Mexique et habite pendant six ans les pays chauds, où il aurait eu la dysenterie; il contracte des habitudes alcooliques qu'il conserve pendant de longues années. Boit surtout de l'absinthe.

Depuis son retour en France, le malade aurait présenté des alternatives de diarrhée ou de constipation, mais n'aurait jamais fait de glaires ou de sang.

Depuis le mois d'octobre, il ressent une fatigue et une faiblesse générales qu'il ne s'explique pas; il perd l'appétit et est obligé de cesser son travail. L'amaigrissement survient, et lui, qui pesait 90 kilos, n'en pèse plus aujourd'hui que 75.

Les alternatives de diarrhée ou de constipation se

1. *Toulouse médical*, 15 juin 1901.

sont répétées plus souvent; jamais d'ictère ni de vomissements.

Examen du malade. — On se trouve en présence d'un homme grand et qui paraît avoir été robuste. Facies fatigué, visage amaigri, souffreteux; les joues commencent à se creuser; coloration subictérique des conjonctives. Le malade occupe le décubitus latéral droit.

Appareil digestif. — Mauvaise dentition, langue sale, très sèche, peu fendillée. Rien du côté du pharynx. Appétit presque nul; pas de dégoût pour une variété particulière d'aliments; pas de vomissements. Régime lacté depuis deux mois. Tendance à la constipation avec intermittence de selles diarrhéiques. Pas d'hémorrhoïdes.

Abdomen et foie. — A droite, la partie inférieure du thorax est élargie et l'hypocondre présente une ampliation qui n'avait pas été remarquée par le malade. Le reste de l'abdomen paraît normal à l'inspection et à la percussion. Le foie, augmenté de volume, remplit tout l'hypocondre, une partie de l'épigastre, déborde les fausses côtes et atteint la région ombilicale. Sur la ligne axillaire, le bord inférieur dépasse de deux ou trois centimètres la dixième côte, remonte obliquement vers la ligne médiane, où il présente une encoche très sensible, et se continue ensuite vers l'hypocondre gauche. La palpation profonde et les mouvements brusques seuls provoquent de la douleur.

La ligne de matité supérieure commence à deux centimètres au-dessus du mamelon pour s'abaisser peu à peu et aller se joindre à angle assez aigu avec la ligne inférieure.

Hauteur sur la ligne		mamelonnaire.....	$0^m,17$
—	—	parasternale.....	$0^m,14$
—	—	médiane.....	$0^m,12$

En arrière, la ligne de matité arrive à trois centimètres au-dessus de la pointe de l'omoplate et se confond inférieurement avec la matité rénale.

A peu près au niveau de la voussure générale, correspondant à la face convexe et supérieure du foie, l'inspection à jour frisant et la palpation permettent de limiter une voussure circonscrite, peu saillante, de 5 à 6 centimètres de diamètre environ, commençant à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du rebord des fausses côtes, et intermédiaire entre ce rebord et le mamelon.

Pas d'œdème, ni empâtement, ni aspect luisant de la paroi à ce niveau. Une ponction avec l'aiguille de Pravaz, faite au centre de cette voussure circonscrite, ne ramène que quelques gouttes de sang.

La *rate,* soigneusement examinée, ne présente pas d'augmentation de volume.

Appareil circulatoire. — Pas de souffle au cœur, pas de triple bruit, pas d'augmentation de volume.

Deuxième temps aortique un peu claqué. Pouls radial dur. Artère athéromateuse. Le pouls bat régulièrerement à 80.

Appareil respiratoire. — Un peu d'emphysème; dyspnée très facile par le moindre effort. Pas de toux ni d'expectoration.

Système nerveux. — Normal.

Appareil urinaire. — Organes normaux à l'examen physique. Urines rares, 600 à 800 gr., très foncées en couleur, d'un jaune rougeâtre. Acides. Les linges sont colorés en rose par l'urine. Densité 1,028. Réaction de Gmelin très nette; urobiline, dont la présence a été déterminée par le spectroscope, et avec la réaction par le

chloroforme et l'acétate de zinc. Pas de sucre, ni d'albumine.

Ganglions. — Nombreux et gros dans les régions inguinales et axillaires. On n'en trouve pas dans les creux sus et sous-claviculaires, dans les creux carotidiens et sous-maxillaires.

Les organes des sens et les téguments sont normaux.

La température, le soir de l'entrée à l'hôpital, est de 38°,4.

Examen du sang. — La numération des globules donne les résultats suivants :

Globules rouges.....	5,240,000
Globules blancs.....	40,500

Le pourcentage des diverses variétés de leucocytes est de :

Polynucléaires neutrophyles.....	70,3 %
— éosinophyles.....	0,6 %
Grands mononucléaires.....	7,0 %
Lymphocytes.....	20,2 %
Formes de transition.....	1,9 %

La levulosurie et la glycosurie alimentaires n'ont pas été faites.

Un simple traitement symptomatique a été institué au début.

Les jours suivants, la température est de 37°,5; le pouls est arrivé à 100 et les urines à 1,000 grammes par jour.

Le malade est de plus en plus fatigué.

Il meurt subitement le 30 mai, à 5 heures du matin, sans que rien n'ait pu faire soupçonner une issue fatale aussi subite et aussi rapprochée.

Autopsie. — Cadavre amaigri. Rien à signaler du côté des téguments; le cœur est à peu près normal, un peu augmenté de volume. Les veines sont bien dessinées, les divers orifices suffisants. Aorte et valvules aortiques athéromateuses. Peu de liquide dans le péricarde.

Poumons. — Rien de bien particulier. Un peu d'emphysème; les artères pulmonaires, suivies dans tout leur trajet, montrent qu'il n'y a pas eu d'embolie pulmonaire.

Rien du côté de l'appareil digestif. L'estomac, dilaté, ne présente aucune lésion.

Encéphale. — Rien à noter, sauf un peu d'œdème cérébral.

A l'œil nu, les *reins* ne présentent pas d'altérations marquées.

La *rate* n'est pas grosse; pulpe très molle, rouge. La capsule cède et se déchire à la moindre pression.

Foie. — Augmenté de volume. Poids, 2,000 grammes. Le bord inférieur et la face convexe sont déformés par divers sillons plus ou moins larges, assez profonds, et qui donnent à cet organe l'aspect du foie syphilitique. Une des zones saillantes limitées par ces sillons, régulièrement arrondie, siège à peu près au niveau de la face convexe, présente le volume d'une moitié d'orange et correspond à la région saillante circonscrite pendant la vie par l'inspection et la palpation.

Çà et là des adhérences péritonéales. L'une d'elles, dans la région postérieure du foie, est très résistante et assez large.

La face inférieure, dans sa partie postérieure et mé-

diane, présente une saillie du volume du poing à peu près; à ce niveau, une faible épaisseur de parenchyme recouvre une poche contenant du pus crémeux, jaunâtre (150 gr. environ).

La poche correspond principalement au lobe droit et empiète sur le lobe gauche. Elle entoure dans ces deux tiers la veine cave inférieure; elle est complètement cachée derrière la colonne vertébrale et les apophyses transverses des vertèbres correspondantes.

La poche est vidée, lavée; on voit qu'il n'existe pas de membrane pyogénique et que la collection purulente est unique.

Adhérences intimes entre la veine cave inférieure et la poche.

La paroi veineuse est très épaissie.

L'endoveine est rouge, congestionnée, enflammée. La surface interne du vaisseau, dans sa partie adhérente au foie, laisse voir un caillot formant champignon, irrégulièrement arrondi, rouge noirâtre, d'un centimètre de diamètre, intimément adhérent à la paroi, aux dépens de laquelle il est en partie constitué. Au centre, un travail d'ulcération ou de fonte purulente (?) s'est déjà effectué et la cavité de l'abcès n'est plus séparée de la lumière du vaisseau que par une mince lame de tissu.

La veine cave, suivie au-dessus et au-dessous de la région hépatique, paraît normale à l'œil nu.

Rien de particulier à noter au confluent des veines sus-hépatiques.

Le pus, examiné microscopiquement après ensemencement sur gélose et sur bouillon, a démontré la présence du streptocoque.

OBSERVATION V [1]

P... (Bernard), âgé de 61 ans, entré le 27 juin 1901, dans le service de M. le professeur Mossé, salle Saint-André, nº 7.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père mort à 72 ans, de vieillesse; mère morte d'accident; un frère en bonne santé.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance ni de l'adolescence, sauf une rougeole à 5 ans; a fait son service militaire en France; pas de maladies vénériennes; n'a jamais habité les pays chauds; pas de paludisme ni de dysenterie.

En 1870, habite Paris et est atteint d'une diarrhée incoërcible qui a fatigué extrêmement le malade; il n'aurait jamais fait de glaires ni de sang. Cette diarrhée est depuis revenue par intermittences; elle durait de quinze jours à trois semaines.

Après des séjours plus ou moins longs dans des villes diverses, il vint échouer à Toulouse, qu'il habite depuis plusieurs années. Il avait été toujours bien portant, lorsqu'il y a trois mois, une toux sèche, sans expectoration, est survenue, suivie de fatigue générale.

1. *Toulouse médical*, 1er septembre 1901.

Un point douloureux très vif se montra dans l'hypocondre droit avec irradiation dans l'épaule droite.

Le malade, se sentant épuisé, entre à l'hôpital.

Examen du malade. — Petit, pâle, fatigué, très amaigri; c'est à peine s'il peut marcher à cause de sa douleur dans l'hypocondre droit.

Appareil digestif et annexes. — Anorexie assez marquée. Pas de vomissements. Le ventre est souple. Diarrhée constante; les selles sont simplement liquides, sans glaires ni filets de sang. Un peu de ténesme, quelques épreintes.

Le *foie* paraît très augmenté de volume. L'hypocondre droit est nettement distendu. Les diverses mensurations donnent une augmentation de trois à quatre centimètres en faveur du côté droit.

Les téguments sont normaux. Par la percussion et la palpation, on délimite les abords de la région hépatique.

Le bord supérieur part à un centimètre au-dessous du mamelon, pour aller rejoindre le bord inférieur dans la région épigastrique. Ce dernier dépasse en avant le rebord des fausses côtes de quatre centimètres. Il suit une ligne horizontale passant par l'ombilic.qu'il n'atteint pas toutefois, et remonte enfin vers l'épigastre et l'hypocondre gauche.

En arrière, ce bord se confond avec la matité de la fosse rénale. On trouve les 8e et 9e espaces intercostaux très dilatés, et tandis qu'à gauche, on pénètre difficilement entre deux côtes, le pouce pénètre en entier dans les espaces du côté droit. La pression détermine de la douleur, plus particulièrement dans la région épigastrique, un peu en dehors de l'appendice

xiphoïde et sur la ligne axillaire postérieure dans les 7e et 8e espaces.

Le foie paraît régulièrement hypertrophié; on ne trouve pas de saillie; on peut déterminer néanmoins un peu de fluctuation dans le creux épigastrique, à gauche de l'appendice xiphoïde.

L'auscultation dénote qu'il y a des frottements péritonéaux, surtout en arrière et latéralement.

La *rate* n'est pas volumineuse.

Le *cœur* est normal. Pas de souffle ni de bruit de galop. Pas de dédoublement. Rythme parfois irrégulier. Un peu de retentissement du deuxième bruit aortique.

Artères dures, un peu athéromateuses. Pouls à 78.

Appareil respiratoire. — Toux sèche, presque continue, qui, si elle cesse, reparaît au moindre mouvement.

Pas d'expectoration. Dyspnée facile ne permettant pas un examen prolongé. Rien à l'auscultation du côté du poumon gauche.

A droite, diminution des vibrations vocales à la base du poumon et en arrière; matité à ce niveau, qui se confond, en bas, avec la matité hépatique et qui, en haut, remonte à deux travers de doigt environ de la pointe de l'omoplate; souffle au niveau de l'épine de l'omoplate.

A l'auscultation, diminution du murmure vésiculaire.

Système nerveux. — Normal.

Appareil urinaire. — Les reins ne sont pas déplacés. Les mictions se font sans douleur. Urines d'un rouge foncé, peu abondantes, ne contenant ni albumine, ni sucre. On y retrouve un peu d'urobiline et la quantité d'urée secrétée en 24 heures est très minime (7 à 9gr,50).

La température oscille entre 37°,8 et 38°,5. La glyco-

surie alimentaire pratiquée donne les résultats suivants :

Sirop de sucre pris le matin à 10 heures 1/2. Le sucre est constaté dans les urines à 1 heure de l'après-midi ; le maximum de l'élimination se fait à 3 heures 1/4. A 4 heures 1/2, il n'y avait plus de sucre dans les urines.

L'examen du sang donne :

Globules rouges.....	4,429,000
— blancs.....	19,840

Numération des diverses variétés de leucocytes :

Polynucléaires neutrophiles....	88,66 %
Grands mononucléaires.....	5,38 %
Lymphocytes	6,15 %
Eosinophiles.....	»
Formes de transition.....	»

Les résultats de l'examen clinique et des examens du sang et de l'urine amènent à faire une dernière investigation : la ponction exploratrice.

29 Juin 1901. — On fait quatre ponctions avec une seringue de Pravaz, armée d'une aiguille de $0^{m},05$ de long. Pratiquées en divers points de la région hépatique, elles restent toutes sèches.

2 Juillet. — Le malade est toujours très fatigué ; le décubitus se fait sur le côté droit, le corps et la jambe étant en chien de fusil.

Les douleurs hépatique et scapulalgique sont très intenses ; l'anorexie est complète, la diarrhée continue. L'examen de la région donne les mêmes signes que précédemment ; on remarque cependant que la matité, en arrière, est plus nette. Œdème de la paroi sur toute la surface hépatique. On fait une nouvelle ponction au niveau du point fluctuant. L'aiguille pénètre et on sent très bien que son extrémité interne est libre et flotte

dans une cavité; mais l'aspiration ne ramène qu'un peu de sang.

Malgré la réponse négative donnée par cet examen, on place le malade dans le service de M. le professeur Chalot, suppléé par M. le professeur agrégé Cestan, pour y être opéré.

Nous n'insisterons pas sur les détails opératoires; qu'il nous suffise de dire qu'on a trouvé, dans le foie, une vaste poche contenant un litre et demi de pus jaunâtre, épais, à gros grumeaux. Ce pus, examiné bactériologiquement, était aseptique.

Le malade, malgré les nombreux soins qu'il a reçus, a succombé presque subitement pendant la visite, le 15 juillet 1901, après le pansement qui venait de lui être fait.

Autopsie. — On se trouve en présence d'un cadavre très amaigri, ne présentant rien de particulier à l'examen général. Du côté du foie, on voit que déjà des adhérences solides avaient rattaché les lèvres de l'incision faite, au moment de l'opération, au tissu hépatique.

C'est avec peine qu'on peut retirer l'organe de la cavité abdominale; il était entouré de brides péritonéales, le faisant adhérer tant au diaphragme qu'aux anses intestinales voisines.

La cavité de l'abcès est déjà revenue sur elle-même; anfractueuse, elle est limitée partout par du tissu hépatique et se trouve sur la région moyenne et droite du foie. Dans sa partie inférieure, le tissu hépatique a disparu sur une surface de $0^m,05$ de long sur $0^m,03$ de large, et la paroi de la collection purulente n'est fermée à ce niveau que par la paroi intestinale (première partie du duodénum). En un point enfin, on voit la paroi

intestinale très amincie. L'ouverture aurait pu se faire très facilement en cet endroit.

Du côté du bord postéro-supérieur du foie et un peu à droite de la partie médiane de l'organe, on trouve un nouvel abcès, plus petit que le précédent, contenant 150 à 200 grammes d'un pus bien lié, sans grumeaux et très jaune.

Ainsi situé, cet abcès était en rapport direct avec le diaphragme et la plèvre ; on pouvait voir qu'à ce niveau se trouvait un amincissement du tissu et que péritoine, diaphragme et plèvre, accolés, ne formaient qu'une barrière très légère entre la cavité pleurale et la cavité purulente. Le pus n'aurait sûrement pas tardé à se faire jour dans la plèvre.

Les deux cavités purulentes ne communiquaient pas et partout ailleurs le tissu hépatique était absolument sain.

La *rate* est petite et est entourée de brides péritonéales.

Le *poumon droit* était réduit à une lame peu épaisse, comprimé qu'il était par une quantité de liquide séreux contenu dans la plèvre droite (2 litres). Rien du côté du poumon gauche.

Cœur. — Normal.

Le *tube intestinal* présente de la congestion et de la vascularisation très marquées, surtout dans le côlon ascendant, dans le cæcum et le rectum. La muqueuse est épaissie, plissée, mamelonnée, rougeâtre et tapissée d'une couche de muco-pus. Il ne semble pas y avoir d'ulcérations. L'intestin grêle ne présente rien de semblable.

Le *rein droit* est normal ; le *rein gauche* présente une

dilatation assez marquée de ses calices et de son bassinet; on y retrouve 150 centimètres cubes d'urine.

Pas de calcul dans l'urètre; ce conduit n'est pas obstrué.

OBSERVATION VI[1]

B... (Armand), charpentier, 53 ans, entré le 17 octobre 1901, dans le service de M. le professeur Mossé, salle Saint-André, n° 8.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Pas de renseignements précis. Parents morts à un âge assez avancé. Pas de frères ni de sœurs.

Antécédents personnels. — Pas de maladie de l'enfance ni de l'adolescence. Très sujet aux migraines. Réformé pour déformation thoracique : la poitrine fait une saillie très prononcée en avant. Le malade n'a jamais eu les fièvres intermittentes; il a toujours habité la France. Quelques excès alcooliques dans sa jeunesse.

Il y a six ans, il aurait eu des coliques néphrétiques (?) qui auraient guéri en deux jours.

Maladie actuelle. — Au commencent de juin 1901 le malade aurait eu une diarrhée assez prononcée (10 à 12 selles par jour.) Il rendait des matières jaunâtres et des fausses membranes qu'il prenait pour du sang. Traité avec le sous-nitratre de bismuth, il a guéri rapidement.

1. Il n'a pas été question de cette observation au cours de ce travail, elle a été recueillie trop tard. Nous la donnons à titre de simple indication.

Les selles n'ont jamais eu le caractère dysentérique.

Il y a un mois, la diarrhée recommence avec les mêmes caractères qu'autrefois : ténesme et épreintes. Le traitement employé n'ayant pas réussi, il se produit de l'amaigrissement et une perte complète des forces. Anorexie et quelques vomissements. Le malade se decide à entrer à l'hôpital.

Depuis déjà trois mois et demi, il souffrait d'une douleur assez intense au niveau du flanc droit et de l'hypocondre droit, avec irradiations très marquées vers l'épaule correspondante.

Examen du malade. — Sujet plutôt grand et assez robuste, quoi qu'il en dise. L'amaigrissement est surtout marqué du côté du visage. Pas d'œdème des membres inférieurs. A noter la déformation thoracique signalée plus haut. Le malade est toujours couché sur le dos, les jambes en flexion. Il se couche quelquefois sur le côté droit ; les jambes restent fléchies.

Appareil digestif. — Langue blanche, saburrale. Appétit à peu près nul : deux litres de lait suffisent à sa nourriture. Pas de vomissements mais quelques nausées. Pas de douleur pendant les digestions ; pas de ballonnement du ventre. Diarrhée continue : le premier jour, le malade va huit fois à la selle ; les garde-robes sont jaunâtres, mais ne contiennent ni sang, ni membranes. Un peu de ténesme, quelques épreintes. Pas d'hémorrhoïdes.

Foie. — Dans la région de l'hypocondre droit, il existe une douleur très vive au niveau des 7e et 8e espaces intercostaux, en avant, et des 8e et 9e dans la région de l'aisselle. La respiration exagère cette douleur

ainsi que les mouvements. Irradiations du côté de l'épaule. Le thorax est distendu à droite.

La palpation détermine de la douleur dans les points signalés ci-dessus ; un dernier point douloureux se trouve plus en arrière, au niveau du 12e espace intercostal.

Le foie dépasse, en bas, le rebord des fausses côtes, de deux centimètres. En avant, il s'étend fort peu dans la région épigastrique.

La percussion démontre, en effet, qu'il n'est pas, en bas, très augmenté de volume. Il n'en est pas de même dans sa partie supérieure.

Le bord supérieur part de l'épigastre un peu à gauche du sternum, puis remonte brusquement laissant un espace sonore entre le foie et le cœur. Il arrive jusqu'à un plan horizontal passant par le mamelon et dès lors s'élève un peu obliquement en se rapprochant de l'aisselle. Il descend un peu en arrière, passe à deux travers de doigt au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, et va se terminer beaucoup plus bas, au niveau de la ligne épinienne.

La ligne de matité ainsi déterminée est, d'ailleurs, un peu variable, suivant la position du malade, et tandis que, celui-ci étant couché, elle remonte à trois centimètres au-dessus du mamelon, elle s'arrête à son niveau quand il est assis.

A l'auscultation, on entend des frottements très nets, surtout en arrière et sur la ligne de l'aisselle.

La *rate* n'est pas augmentée de volume.

Les *poumons* sont sains; à droite seulement, et en avant, il y a un peu de respiration supplémentaire. Toux sèche, assez fréquente, suivie assez rarement d'expectoration.

La matité pleurale n'est pas facile à déterminer à droite,

car elle se confond avec celle du foie. A l'auscultation, on note des frottements et un peu de retentissement de la voix.

Rien à gauche.

Les pulsations du *cœur* sont rapides, mais régulières. Pas de souffles ni de bruit de galop.

Système nerveux. — Normal.

Appareil urinaire. — Les urines, de couleur foncée, sont émises en petite quantité : 700 centimètres cubes en moyenne dans la journée. Elles contiennent de l'urobiline et peu d'urée.

Diverses recherches ont été faites : la glycosurie alimentaire, au moyen du saccharose, et la lévulosurie ont démontré que le sucre était éliminé par les urines.

L'examen du sang a donné, une première fois :

Hématies	4,340,000
Leucocytes	27,900
Variétés de leucocytes :	
Polynucléaires	76,66 %
Grands mononucléaires	6,60 %
Lymphocytes	16,66 %

Une deuxième fois :

Hématies	4,464,000
Leucocytes	25,250

La fièvre n'a jamais été très élevée, la température étant, en moyenne, de 37°,5 à 38°.

Deux ponctions pratiquées, l'une, dans le huitième espace intercostal, et l'autre, dans le neuvième, dans la ligne de l'aisselle et un peu en avant, demeurent complètement blanches.

Les examens du malade, pratiqués les jours suivants, démontrent que la matité hépatique est toujours variable,

mais qu'elle a diminué en arrière d'une façon notable; c'est tout au plus si elle arrive à l'angle inférieur de l'omoplate. Il n'y a presque plus de frottement ni de retentissement de la voix.

Le 26 octobre, on constate, fait important, un peu d'œdème localisé au niveau du point douloureux antérieur; on ne le retrouve plus le 27.

Le 28 octobre, l'état général du malade est devenu plus satisfaisant; il se lève et commence à manger un peu. La diarrhée a presque disparu et les forces sont en partie revenues.

La température oscille toujours entre 37°,5 et 38°. On décide le malade à se laisser opérer.

2 novembre. — L'opération est pratiquée par M. le professeur agrégé Cestan.

Soins antiseptiques d'usage. Anesthésie à l'éther. Incision cutanée en U sur la ligne de l'aisselle, au niveau du point douloureux maximum, et où les ponctions avaient été faites. Résection des 7e et 8e côtes. On se sert de la méthode transpleurale pour arriver sur le foie. Un pneumothorax se produit au cours de l'opération. Le diaphragme est incisé; on tombe aussitôt sur une collection purulente : il s'écoule 150 centimètres cubes de pus jaunâtre; on draine et on fait un pansement légèrement compressif.

3 novembre. — Le malade, mal remis du choc opératoire, se plaint d'une douleur vive dans le côté droit et d'une gêne respiratoire extrême. L'état général n'est cependant pas mauvais. Le cœur est bon. Injection de sérum artificiel.

Le malade a été plus fatigué dans la soirée; il succombe manifestement à son pneumothorax dans la matinée du 4 novembre.

Autopsie. — Le cadavre ne présente rien de particulier à l'examen général.

L'examen du foie démontre qu'il y avait non pas un seul, mais bien trois abcès du foie.

Le premier se trouvait sur la face convexe près de la ligne médiane; il repoussait le diaphragme et donnait lieu sans doute à cette déformation de la courbe supérieure de la matité hépatique.

Le deuxième, qui avait été ouvert au cours de l'opération, et qui se trouvait sur la face convexe, à la partie moyenne du lobe droit.

Le dernier, le plus volumineux, existait au niveau de l'angle externe du foie et un peu en arrière.

Les deux premiers abcès avaient leur paroi superficielle en contact avec le diaphragme, et si bien accolée à celui-ci qu'en enlevant le diaphragme on ne pouvait faire de moins que de les ouvrir.

L'*appareil digestif* ne présentait rien de particulier, sauf quelques légères excoriations de la muqueuse intestinale et de la muqueuse rectale. Pas de traces d'ancienne ulcération.

La *rate* n'est pas grosse.

Le *poumon gauche* ne présente rien d'anormal.

Le *poumon droit* est petit, ratatiné; dans sa partie supérieure, il est revenu vers son pédicule; dans sa partie inférieure, il adhère, assez légèrement d'ailleurs, au diaphragme.

On trouve un peu de liquide séreux dans la plèvre droite.

A l'examen, le pus a été reconnu stérile.

DIAGNOSTIC

Ce que nous avons dit, concernant les diverses variétés dans l'aspect clinique de l'hépatite suppurée et les nombreuses erreurs de diagnostic auxquelles elle a donné lieu, font de ce chapitre un des points les plus délicats de son histoire.

Nous avons vu dans notre premier chapitre, quelles étaient les idées des Anciens sur ce sujet. Du temps de Galien, notamment, on savait déjà reconnaître l'hépatite, et, jusqu'à la conquête des Indes par les Anglais, l'élément diagnostic a peu varié.

C'est toujours en se basant sur les symptômes primordiaux de l'affection, symptômes connus de tout temps, que les médecins ont pu soupçonner l'abcès du foie.

Il ne faudrait pas croire cependant que les formes frustes, les formes difficiles, aient été facilement reconnues. C'était presque toujours la forme type que l'on étudiait, les autres étaient, le plus souvent, une trouvaille d'autopsie. Nous avons signalé ensuite les nombreux travaux publiés pendant le dix-neuvième siècle et la marche toujours croissante de nos connaissances sur cette affection. La clinique seule

n'étant pas suffisante, nous avons vu les médecins contemporains s'adresser aux recherches du laboratoire, et cependant, encore de nos jours, il ne se passe pas d'année sans qu'il ne soit fait mention de quelque erreur de diagnostic. Après ce que nous avons dit sur les caractères fugaces de certains cas, ceci n'étonnera personne, et nous pourrons avancer avec Bertrand et Fontan qu'« il est cent fois plus difficile de trouver un abcès du foie que de l'ouvrir. »

Des abcès du foie ont été, en effet, méconnus; d'autres ont été pris pour des affections étrangères; d'autres, enfin, ont été affirmés, qui étaient simulés par des maladies des organes voisins. Peut-être aussi le grand nombre d'erreurs commises, dépend-il de ce que les médecins distingués qui les ont faites, n'observaient pas dans les pays où l'hépatite est fréquente.

L'expérience incomplète dans des cas spéciaux, la diversité d'évolution des lésions suppuratives du foie, expliquent suffisamment qu'on n'y ait guère songé.

Aussi, pour arriver à un diagnostic complet et absolu, faudra-t-il chercher à faire, étant donné un cas quelconque :

1° Le diagnostic de l'affection;
2° Le diagnostic des diverses formes;
3° Le diagnostic différentiel;
4° Le diagnostic des complications;
5° Le diagnostic de la cause.

I. Diagnostic de l'affection. — Nous allons passer en revue dans ce chapitre les divers signes de l'hépatite en général.

De ces signes, les uns seront fournis par l'examen clinique du malade, les autres par les divers procédés d'exploration.

A). — Signes tirés de l'examen clinique des malades. — L'hépatite suppurée se présente au clinicien avec un cortège symptomatique assez imposant; certains symptômes ont une valeur clinique plus grande que les autres, et c'est sur eux que devra spécialement se baser le diagnostic.

1° La *fièvre*. — Varie suivant chacune des trois formes d'hépatite que nous avons considérées. Dans la forme aiguë, le thermomètre monte rapidement à 39° et 40°; cette fièvre persiste intermittente, subcontinue pendant sept ou huit jours, puis la température redevient normale.

Elle ne remontera que si la suppuration doit s'établir.

Dans les autres formes, subaigue et chronique, on ne peut facilement constater le début de la suppuration. La caractéristique de la courbe est de présenter des exacerbations vespérales très marquées, se chiffrant par des différences de 1° à 2°, entre les températures du matin et celles du soir. Certains points sont encore à considérer sur les graphiques qu'on a à étudier; c'est une chute de la température, parfois même au-dessous de la normale, même fait qui se présente d'ailleurs dans le cas d'ouverture chirurgicale de l'abcès. Le malade opéré par M. Mériel, suppléant M. le professeur Chalot, en est un exemple remarquable. Sa fièvre, de 39°,2, est tombée du jour

au lendemain à 37°,1. Cette chute brusque de la température, chez un malade porteur d'un abcès du foie, est l'indice ordinaire de l'ouverture de l'abcès dans quelque cavité, ordinairement la plèvre ou le poumon, le péritoine ou le péricarde.

Dans les cas de terminaison fatale, la température est toujours élevée et n'a rien de plus caractéristique.

2° Le *pouls*, ordinairement très rapide, ne peut donner d'indications nettes.

3° L'*habitus* extérieur du malade n'a rien de spécifique, quoi qu'en aient dit nombre de médecins.

L'aspect « blanc mat de la conjonctive » indiqué par Sachs et auquel Van Leeut attribue une grande valeur, n'est pas pathognomonique. L'apparence nacrée des yeux signalée par Cambay n'est pas un symptôme moins banal.

La paleur ictérique de Dutrouleau est plus importante; mais, c'est le *décubitus* qui fixera plus facilement le médecin. Il est le plus souvent dorsal avec flexion des jambes sur les cuisses, des cuisses sur l'abdomen et incurvation latérale droite, comme si le patient « se pelotonnait autour de son foie enflammé. »

Dans nos observations I et III, ce fait a été noté; nous le retrouvons encore dans le cas de MM. Sarda et Oulié (*Toulouse médical*, 15 juin 1901).

C'est dans les cas d'abcès volumineux que l'on peut noter le fait; en général, dans la période aigüe, les malades préfèrent le décubitus dorsal et cependant notre malade I avait nettement déjà la

position indiquée ci-dessus : « pelotonnement et incurvation à droite. »

Le décubitus est donc un bon élément du diagnostic, et sans lui attacher une grande valeur, puisque dans la pleurésie droite on peut retrouver la même position, il peut aider parfois à la résolution du problème.

Nous n'insisterons guère sur les autres symptômes : l'appétit est variable, la langue, quoique « pâteuse, épaisse et humide, » n'a rien de spécial, et, d'ailleurs, son état change suivant les diverses périodes de la maladie. Elle peut être saburrale, fuligineuse, etc. On peut avoir ou ne pas avoir, suivant la forme ou le cas, des vomissements bilieux, de la diarrhée, de la constipation.

Les troubles stomacaux prédomineraient cependant dans l'hépatite suppurée, localisée à la face concave, et de préférence au lobe de Spiegel. Pour certains auteurs, ces troubles dépendraient, au contraire, de la périhépatite.

L'appareil respiratoire donne deux bons signes qu'il ne faut pas oublier de rechercher : la dyspnée et la toux ; la dyspnée, signalée déjà par les anciens, — subjective, donnant lieu en même temps à une profonde angoisse, à de l'anhélation avec paroles entrecoupées ; objective, le malade n'ayant pas conscience de la perturbation fonctionnelle qu'il subit, — n'est pas caractéristique, mais peut servir néanmoins pour la localisation de l'abcès, car ce seront sûrement les hépatites suppurées de la face convexe qui la détermineront au plus haut point.

La toux sèche et discrète, *tussis arida* d'Arétée, *tussis hepatica* de Galien, *tussicula* d'Alexandre de Tralles, peut acquérir une importance diagnostique considérable, alors que les signes d'auscultation et de percussion manquent du côté du thorax, les commémoratifs et les autres symptômes faisant soupçonner une hépatite.

Symptômes locaux. — Il en est tout autrement des symptômes locaux, et, ici, nous allons retrouver les signes qui décideront vraiment du diagnostic.

Ils sont nombreux et chacun d'eux, dans un cas particulier, peut prendre une importance considérable qu'il n'a pas d'ordinaire; mais, c'est en général en se basant sur la douleur, l'exploration physique du foie et l'état de la paroi thoracique, qu'on pourra affirmer l'hépatite suppurée.

La *douleur,* avec ses diverses manifestations, doit tout d'abord éveiller l'attention.

Il faut étudier la douleur hépatique et la douleur sympathique de l'épaule.

La douleur hépatique peut faire complètement défaut. Ces cas sont rares, et dans nos cinq observations elle a toujours été notée; elle est, en effet, un des symptômes les plus constants de l'hépatite suppurée.

Elle est très variable dans son siège, son intensité, l'époque de son apparition et sa durée.

Bornée quelquefois à une gêne obscure dans le côté, elle se montre d'ordinaire avec une grande acuité. Elle est pongitive, poignante, lancinante, pul-

sative, s'irradiant dans l'abdomen et le haut de la cuisse, augmentant par la toux, l'inspiration, le changement brusque de position, la palpation, la percussion, etc.

Elle ne se présente pas toujours avec ces mêmes caractères, et si, dans l'hépatite aiguë, nous la voyons s'établir aussi intense, dans l'hépatite chronique, au contraire, ce n'est que peu à peu et alors que l'abcès est constitué que le malade ressent les premières douleurs du côté de l'hypocondre.

La comparaison entre la description du symptôme « douleur » dans nos diverses observations, démontre bien le fait. Tandis que dans notre observation I, nous la voyons, d'emblée intense, pongitive; elle est au contraire sourde, gravative, dans l'observation IV. Tandis que chez le premier malade, elle s'irradiait à tout l'abdomen et du côté de la fosse iliaque droite principalement, si bien qu'on s'était demandé, un moment, s'il ne s'agissait pas d'appendicite, elle était à peu près localisée à l'hypocondre droit chez le second.

D'un autre côté, le degré de la douleur est souvent en rapport avec la situation de l'abcès : est-elle faible, vague, sans siège précis, elle relève plutôt d'un abcès central; violente et irradiée, elle implique parfois un foyer superficiel en contact avec le péritoine.

La douleur provoquée peut encore être un bon signe de dagnostic, et c'est dans l'hépatite chronique, dans les cas les plus difficiles, qu'il faudra pratiquer la manœuvre que nous allons indiquer. La palpation

ne détermine, d'ordinaire, qu'une douleur sans caractère précis, mais, si l'on exerce une pression forte, perpendiculairement à la paroi, soit dans un espace intercostal, soit au niveau de l'épigastre, on déterminera une douleur qui, par la fixité de son siège et la constance de son apparition à chaque examen, devient un bon signe d'abcès central et peut marquer le lieu d'élection de la ponction exploratrice. Se manifeste-t-elle en plusieurs points, toujours les mêmes, on peut en conclure l'existence de plusieurs abcès. L'observation de MM. Sarda et Oulié semble ne pas confirmer ce fait : le point douloureux se trouvait au niveau de la région épigastrique, la tumeur elle-même semblait être en ce point et la ponction exploratrice n'a cependant rien retiré: l'autopsie, d'un autre côté, a démontré que l'abcès se trouvait, au contraire, dans la partie postérieure du foie. Il n'est pas de règle sans exception, et s'il en a été ainsi dans ce cas, nous croyons, avec la majorité des auteurs, que le signe indiqué ci-dessus peut avoir son utilité.

La douleur sympathique, quoique très fréquente, est moins importante pour le diagnostic : les irradiations peuvent se faire dans diverses directions; la plus commune et la plus connue, signalée dans la description des auteurs les plus anciens, occupe le moignon de l'épaule droite, d'où elle gagne vers le cou et la clavicule qu'elle semble tirailler, vers le bras et la main.

Cette scapulalgie est loin d'avoir, dans l'hépatite suppurative, la signification diagnostique qui lui a

été attribuée; car elle se montre dans d'autres maladies, telles que la pleurésie diaphragmatique, la congestion du foie, la colique hépatique.

Elle peut faire défaut dans l'hépatite suppurée; ce fait a été noté par tous les auteurs, même dans l'hépatite suppurée de la face convexe. Il faut savoir, en effet, que les abcès de la face concave du foie entraînent peu souvent cette douleur. Elle n'a pas été signalée dans les deux observations communiquées à la Société anatomo-clinique par MM. Sarda et Oulié (15 juin, 1er septembre 1901); elle est indiquée, au contraire, dans les trois autres observations. Bien que sa présence soit un signe clinique de premier ordre, il faut savoir compter sans elle et ne pas éloigner l'idée d'hépatite, quand d'autres symptômes la mettent en cause.

L'examen de la paroi thoracique n'est pas à négliger. Dans certaines hépatites aiguës, on pourra ne voir aucune modification de la paroi à l'inspection, mais que la période fébrile cesse et que la suppuration s'établisse, il se développera un certain nombre de signes très faciles à retrouver.

Du côté de la peau, il n'y a pas d'ordinaire de modifications; elle conserve sa couleur normale, mais elle peut quelquefois rougir; une fistule peut se former et l'ouverture de l'abcès se fait alors à l'extérieur. Il peut exister une saillie notable de la tumeur et le diagnostic est alors beaucoup plus facile; la fluctuation est souvent évidente. Il faut se méfier cependant et ne pas prendre un abcès pour une vésicule biliaire distendue ou pour un kyste hydatique.

L'*œdème pariétal* est encore un bon signe, aussi net et aussi probant que dans la pleurésie: il est presque toujours l'indice d'un processus suppuratif profond.

Sa valeur diagnostique, lorsqu'il existe, est considérable et tous les auteurs ont insisté avec raison sur ce fait. Malheureusement, son absence est fréquente et nous ne la notons qu'une seule fois dans nos cinq observations (observ. II).

Twining avait noté comme signe presque indubitable d'abcès profond, la tension de la portion supérieure du muscle grand droit de l'abdomen, du côté droit. Nous n'avons pas vu ce signe relaté fréquemment dans les diverses observations que nous avons parcourues; en tout cas, Morehead en a contesté la valeur clinique. Dans nos cinq observations, nous ne le trouvons jamais signalé.

Signalons enfin la *tuméfaction* de la région hépatique que l'on peut apprécier à l'œil nu et dont on peut se rendre compte d'une façon certaine, par l'application du ruban métrique et la cyrtométrie: le redressement des côtes qui tendent à devenir horizontales, l'élargissement des espaces intercostaux qui est souvent notable, puisque normalement, entre le septième et le huitième espace, on peut à peine introduire l'index et que, dans ce cas, le pouce en entier peut y pénétrer.

Mais, tous ces symptômes peuvent appartenir indifféremment à d'autres affections et la pleurésie droite peut les présenter tous à la fois. Aucun d'eux n'est pathognomonique.

Frottement périhépatique. — Ce signe, beaucoup plus important que les précédents, a été longuement étudié par Bertrand[1].

Dans plusieurs communications et ouvrages et dans une thèse[2] faite sous son inspiration, il étudie les caractères du frottement périhépatique. Cité pour la première fois par un chirurgien de Madras, Malcomson[3], il fut ensuite oublié, et ce n'est que depuis 1878, avec Sachs, qu'on le considère comme applicable au diagnostic de l'abcès; Jules Simon le rappelle dans son article du Dictionnaire Jaccoud; mais, on lui accorde une mention des plus sommaires, on le déclare illusoire (Roux)[4]. Nous ne l'avons pas trouvé signalé par Kelsch et Kiener dans leur excellent ouvrage, et par conséquent on peut bien reconnaître que c'est à Bertrand qu'en est due la principale étude et la vulgarisation.

Dans le diagnostic d'abcès du foie, d'hépatite chronique surtout, les difficultés étant telles, un signe clinique de plus n'est pas à dédaigner.

Il est perçu par l'oreille ou la main appliquées sur la région hépatique, l'épigastre, ou, plus souvent, sur l'hypocondre droit, au niveau du 7e ou 8e espace intercostal, sur la ligne axillaire antérieure, siège

1. Bertrand, *Frottement périhépatique et Abcès du Foie.* Académie de Médecine, 1890.

2. Oromi, *Quelques Réflexions sur un cas d'Hépatite suppurée.* Thèse Montpellier, 1889.

Voir aussi : Bertrand et Fontan, *Traité de l'Hépatite suppurée.* 1895.

3. Malcomson, *Méd. chirurg. transactions.* Of London, 1838.

4. Roux, *Traité pratique des Mal. des Pays chauds,* t. II, 1887.

qui en établit l'origine péritonéale : « l'inflammation circonscrète et adhésive du péritoine reste donc, dans tous les cas, la raison essentielle du frottement, et comme elle représente dans les circonstances actuelles une lésion secondaire, il est évident que l'apparition de ce phénomène révélateur permettra d'affirmer l'abcès, si les commémoratifs ou les symptômes observés se rapportent à l'hépatite. Hésitant ou non, le diagnostic sera dès lors confirmé par la constatation de ce signe, d'autant plus important à recueillir qu'il peut précéder de plusieurs jours l'œdème de la paroi..... Il faut donc ausculter non seulement l'appareil respiratoire, afin de ne pas être surpris par une migration thoracique du pus, mais encore et surtout le foie, ou, si l'on préfère, le péritoine, pour diagnostiquer l'abcès lui-même. » (Bertrand et Fontan).

Dans notre observation IV, on a vu, à l'autopsie, des adhérences réunir les deux feuillets péritonéaux et ces adhérences siéger, en effet, au niveau de la collection purulente. L'observation ne mentionne pas la présence ou l'absence de frottements périhépatiques; nous les retrouvons, par contre, dans la 5e observation et siégeant en arrière et sur les côtés.

L'examen du foie terminera enfin l'examen clinique du malade; c'est par la palpation et la percussion qu'on arrivera à déterminer les limites et les contours de l'organe. Dans les trois formes qui correspondent à la variété type, on trouve le foie augmenté de volume; il peut arriver dans certains cas jusqu'au 3e espace intercostal et descendre jusqu'au niveau de la crête iliaque.

Dans les observations II et III, on pourra voir que la matité hépatique était très augmentée, non seulement en hauteur mais en largeur; ces cas appartiennent surtout aux abcès du lobe gauche.

Par la palpation, enfin, on pourra arriver à sentir la fluctuation; le fait a été noté dans l'observation III, malade qui a été opéré par M. Mériel, suppléant M. le professeur Chalot, et dans l'observation V.

Nous arrêtons là cette longue étude des signes principaux de l'abcès du foie. Que peut-il résulter de cet examen clinique? On pourra arriver au diagnostic dans bon nombre de cas; mais, il est un fait certain, et nous tenons à insister sur ce point, c'est qu'il n'existe pas de signe pathognomonique de l'hépatite suppurée, et qu'on prenne les symptômes locaux ou généraux, tous appartiennent à des maladies différentes.

Aussi, cette affection, dans les cas difficiles, ne relève-t-elle pas seulement de l'examen clinique; elle relève aussi de l'examen microscopique et chimique; il faut ici, plus que dans bien d'autres maladies, s'aider du laboratoire : il ne sera pas toujours indispensable, il sera souvent utile.

Comme l'a dit Patrick Mauson : « Le grand secret d'un diagnostic heureux de l'abcès hépatique est de le soupçonner ». Ce soupçon peut devenir une certitude et c'est le laboratoire qui la donnera.

B) Signes tirés des divers procédés d'exploration. — Nous avons préféré réunir en un même chapitre l'étude des divers moyens complémentaires de

l'examen clinique, afin que leur étude ne soit pas scindée et qu'il soit ainsi plus facile de les exposer.

Ces moyens sont au nombre de cinq :

1° La ponction exploratrice;
2° L'examen des urines;
3° L'examen du pus;
4° L'examen du sang;
5° L'examen radioscopique;

1° *Ponction exploratrice.* — Cette méthode est connue depuis de longues années. C'est Murray, au dire des auteurs, qui contribua le plus à la répandre dans les Indes. Toujours employée depuis lors, le nombre des services qu'elle a rendus est incalculable.

De nos jours, grâce à l'antisepsie, tout médecin peut enfoncer son aiguille ou son trocart dans le parenchyme hépatique, sans avoir à redouter aucune complication. Nos observations relatent les diverses ponctions qui ont été faites chez nos malades et les bons résultats qu'on en a obtenus. Elle est parfois d'une utilité indiscutable, confirmant, par exemple, le diagnostic si difficile à préciser de notre première opération.

Dans la moitié des cas, cependant, on n'obtient aucun résultat. C'est ainsi que dans notre cinquième observation on a fait cinq ponctions, dont une même faite au point fluctuant, et où, d'ailleurs, on a ensuite trouvé l'abcès, sans ramener de pus. On a alors affaire à un pus grumeleux, très épais, et qui ne peut passer par une aiguille aussi fine que celle dont on se sert généralement.

a) Faut-il faire toujours la ponction exploratrice?

Nous croyons que dans les cas de suppuration évidente, lorsque l'abcès forme tumeur, lorsque la fluctuation est nette et que les commémoratifs viennent confirmer les données de l'examen physique, il n'y a pas nécessité à recourir à une certitude de plus, et on peut livrer le malade au chirurgien sans aucune crainte. Mais, dans bon nombre de cas, ainsi que nous l'avons dit, si un doute léger persiste, si on ne peut se prononcer d'une façon nette et si c'est par exclusion qu'on arrive à soupçonner la présence de la collection purulente, on ne doit pas hésiter à recourir à la ponction exploratrice.

On obtiendra ainsi une réponse positive, sans aucun inconvénient pour le patient. Nous démontrerons plus loin ce dernier fait.

b) Où faut-il ponctionner? Question délicate et difficile qui demande quelques développements. Aller au hasard n'est pas une méthode et on passerait souvent à côté d'un abcès sans le trouver.

Quelques manœuvres préliminaires doivent diriger l'opérateur.

Si on a affaire à une collection qui dilate la paroi épigastrique ou l'hypocondre, on n'aura pas de doute, et c'est au point le plus saillant de la tumeur qu'on devra enfoncer l'aiguille.

Si, au contraire, on n'a qu'un peu d'œdème de la paroi, avec une légère distension du côté droit, il faudra se livrer à cette manœuvre bien simple indiquée par Bertrand et Fontan, nous voulons dire aller,

par la palpation profonde, à la recherche d'un point douloureux maximum.

Le doigt, enfoncé assez profondément dans les divers espaces intercostaux élargis, ou au niveau de la région épigastrique, réveillera d'ordinaire une douleur profonde, mais tolérable, mais on arrivera toujours sur un point où la douleur sera plus forte, plus aigüe.

C'est là que souvent siègera l'abcès et c'est là qu'il faudra ponctionner.

On a pu démontrer ainsi la présence d'une collection purulente profonde, et parfois même, lorsqu'il y a plusieurs points douloureux maxima, on pourra légitimement penser qu'il y a plusieurs abcès. Les faits ont démontré cette affirmation.

Des déceptions peuvent toutefois survenir. Dans notre observation III, on fit une ponction au point le plus saillant de la tumeur et là où la douleur était la plus vive, sans cependant ramener de pus, l'abcès se trouvant beaucoup plus éloigné. Nombre de chirurgiens, à la recherche d'un abcès diagnostiqué par l'examen clinique, ont dû faire de multiples ponctions, et ce n'est qu'à la cinquième, sixième, et parfois à la dixième, qu'on a pu réussir à trouver le pus.

Dans notre observation I, la première ponction faite dans l'hypocondre droit, sur la ligne axillaire antérieure et dans le septième espace intercostal, demeura sèche; la deuxième, faite plus bas et presque en arrière, ramena du pus. Que penser, dans ces conditions, de ceux qui avancent que la

ponction exploratrice doit être toujours pratiquée au niveau du septième ou huitième espace intercostal ? Sans doute, la majorité des abcès du foie se trouve dans le lobe droit de l'organe, mais il n'est pas nécessairement en rapport avec l'espace sus-indiqué. Il ne peut y avoir de règle générale dans ces cas, et c'est l'examen clinique qui doit diriger l'aiguille de l'opérateur; on saura ainsi reconnaître plus facilement les diverses localisations des collections purulentes, et on ne recherchera pas à droite un abcès du lobe gauche du foie.

c) Le manuel opératoire est très simple et bien connu de tous les praticiens: aussi, passerons-nous assez rapidement.

Les anciens chirurgiens se servaient d'une aiguille à cataracte, d'un ténotome ou même du trocart capillaire de Récamier; on pourrait, sur ce trocart mis en place, appliquer une ventouse comme le conseille Récamier lui-même, et réaliser ainsi ce que les contemporains font avec les instruments aspirateurs. Ce sont là des manœuvres imparfaites et qui peuvent rester sans résultat, bien que l'on ait pénétré dans la collection purulente. Le pus, en effet, peut être très épais et s'échapper difficilement par une simple canule déjà assez étroite.

De nos jours, pour éviter tous ces inconvénients et ces causes d'erreur, on se sert plus spécialement d'appareils aspirateurs, tels que ceux de Potain ou de Dieulafoy. Dans ces conditions, l'aiguille ou le trocart peuvent être très fins, l'aspiration supplée à la finesse. On peut les remplacer, et c'est d'ailleurs ce

que l'on fait souvent, par une aiguille longue de 0m.06 à 0m.07 qu'on adapte à une seringue de Roux ou de Pravaz.

Le trocart peut donner les mêmes résultats; bien des médecins lui prétèrent néanmoins l'aiguille, parce que, marchant le vide à la main, l'aiguille aspire tout foyer qu'elle rencontre.

Un dernier point, sur lequel nous devons insister, est la longueur de l'aiguille. Les abcès du foie peuvent être, en effet, profondément situés: une aiguille longue a toujours beaucoup plus de chances d'arriver sur la collection purulente qu'une aiguille courte.

Mais ce qui doit dominer toute cette question, c'est la rigoureuse antisepsie dont il faut s'entourer. Nous ne redirons pas, par le détail, toutes les opérations auxquelles il faut se livrer: de nos jours, ces notions sont présentes à l'esprit de tout le monde. Opérateurs, aides, instruments, tout doit être parfaitement aseptique, surtout le point du revêtement cutané ou se feront les ponctions, et cela, sous peine de créer des complications et de fausser les résultats.

Résultats opératoires. — Ils sont considérables, tant au point de vue du diagnostic différentiel que du diagnostic précis du siège, du nombre des abcès, etc. La ponction sera précieuse comme adjuvant du traitement, qu'on veuille se servir, soit de la méthode des ponctions simples, abandonnée aujourd'hui, soit du traitement chirurgical.

Cette ponction exploratrice pourra devenir curative : on n'a qu'à vider simplement l'abcès en

ajoutant à l'aiguille un appareil aspirateur. Il sera ainsi facile de faire un lavage, avec injection dans la poche de teinture d'iode, d'alcool, de sublimé, d'eau oxygénée, etc.

Veut-on se servir de l'incision de Stromeyer-Little? on saura où se trouve le pus; l'aiguille servira de repère précieux au bistouri.

Il est cependant arrivé souvent, et la lecture des observations le montre bien, que le chirurgien, malgré de nombreuses ponctions restées sèches, a incisé se basant sur le seul diagnostic clinique. L'examen des pièces anatomiques du malade de l'observation IV a bien montré, et M. le professeur Mossé a insisté sur ce point dans la discussion de l'observation à la Société anatomo-clinique, que la ponction profonde de l'abcès, autour de la veine cave inférieure n'aurait pas permis d'arriver sur le pus, et il est même probable qu'un chirurgien, après large incision de la paroi, n'aurait pu arriver sur la collection purulente.

Ainsi, les faits démontrent que souvent la ponction lève les doutes, mais que parfois aussi elle est un moyen incertain pour le diagnostic.

Inocuité de la ponction. — Allan Webb[1] célébrait, dès son apparition, les avantages de la ponction exploratrice.

Murray lui-même avait ajouté, parlant d'un malade mort d'abcès du foie : « Les détails de l'autopsie montrent qu'aucune fâcheuse conséquence

1. Allan Webb, *Pathologica indica,* p. 113 et suivantes.

n'est résultée des ponctions, et qu'il n'y a, par suite, aucun danger à pousser un trocart explorateur dans le foie augmenté de volume. »

Dans un bulletin statistique de Madras[1] on a réuni 78 cas traités dans cette province de 1840 à 1844; sur ce nombre, la ponction a été systématiquement employée quarante fois, dont vingt-sept fois avec plein succès, et treize autres où elle n'a rien donné. Jamais on n'a noté le moindre accident consécutif.

Corre[2], dans son Traité des Maladies des pays chauds, n'est pas cependant de l'avis de ses devanciers : « Dans un tissu malade en état d'imminence suppurative, les ponctions du foie sont susceptibles de précipiter l'évolution complète d'un processus qui, sans cela, aurait pu retrocéder. »

Bertrand et Fontan[3] rapportent qu'à l'autopsie d'un malade ponctionné on trouva un peu de pus au point où le trocart avait atteint la surface du foie, mais le trocart n'était pas aseptique...

Kelsch et Kiener, dans leur excellent Traité des Maladies des pays chauds, insistent, eux aussi, et à plusieurs reprises, sur l'inocuité de ces ponctions, aujourd'hui complètement admises par tous les médecins, si bien qu'on a pu voir des observations qui relataient trente ponctions exploratrices restées toujours sèches et qui n'amenaient aucun trouble particulier dans l'état du patient[4].

1. *Madras quatterly med. Journ.*, octobre 1844, p. 318.
2. Corre, *Traité clinique des Pays chauds*, p. 822.
3. Bertrand et Fontan, *Traité de l'Hépatite suppurée*, p. 423.
4. Cas de Moore. — Trente ponctions exploratrices n'amenant pas de pus. La laparotomie n'eut pas plus de succès. A l'autopsie

Les reproches qu'on a faits aux ponctions, sont au nombre de trois : elles provoqueraient de la douleur, des hémorrhagies, la suppuration. On sait trop bien aujourd'hui ce que peut être la douleur produite par une aiguille enfoncée dans la peau : la méthode des injections sous-cutanées est trop répandue pour cela, et, d'ailleurs, un peu de cocaïne ou de chlorure d'éthyle ne suffirait-il pas pour la diminuer chez des malades trop irritables.

Quant aux hémorrhagies, elles sont très légères, en général; seul, un trocart un peu volumineux peut donner naissance à un écoulement assez considérable, qui s'arrête, d'ailleurs, en retirant la canule. N'a-t-on pas du reste pratiqué une véritable phlébotomie du foie, pour dégorger l'organe, et n'a-t-on pas réussi? Harley propose cette saignée locale et Corre lui-même ne dit-il pas, qu'il vit, « à la suite de ponctions infructueuses, une amélioration sensible, explicable seulement par une action révulsive, se produire dans les phénomènes locaux et généraux? »

La suppuration qui suivrait les ponctions hépatiques n'a jamais existé; nous avons rapporté le seul cas douteux observé en clinique et des expériences de laboratoire ont démontré ce fait (Voir Lavigerie[1], Taddei[2], Jaccoud[3] et les expériences des médecins d'Alexandrie[4]).

seulement, on trouva un abcès du foie de la grosseur d'une tête de fœtus.

1. Lavigerie, *De l'Hépatite et des Abcès du Foie.* Paris, 1866.

2. Taddei, Th. Montpellier, 1881.

3. Jaccoud, *Gaz des Hôpitaux,* 1867.

4. Expériences relatées dans le *Bull. de la Société de Méd. et Chir.* d'Alexandrie, 1867.

En résumé, c'est à la ponction exploratrice qu'il faut demander le dernier mot pour avoir des documents précis, et grâce à ce moyen d'investigation dont l'inocuité et la valeur ne font plus de doutes pour personne les difficultés se trouveront singulièrement aplanies (Segond[1]).

2° *Examen des urines.* — Question encore à l'étude malgré les nombreux travaux auxquels elle a donné lieu.

L'urée, particulièrement, a été le point de départ de nombreuses discussions; tandis que Ranald-Martin[2] avec Rose et Ilenry croient sa diminution proportionnelle à la quantité de parenchyme détruit. Parkes[3] la trouve tantôt augmentée tantôt diminuée, suivant qu'on est au début ou à la fin de la période suppurative.

Brouardel[4] avance que la quantité d'urée dépend, le rein fonctionnant bien, de l'intégrité et du degré d'activité de la cellule hépatique. M. le professeur Maurel[5], dans sa thèse inaugurale, estime qu'on doit accepter les conclusions de Brouardel, mais Kelsch[6] pense que l'alimentation joue un rôle considérable. Sans aller plus avant dans cette question, nous croyons que pour un diagnostic douteux la recherche de l'urée est impor-

1. Segond, *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, t. VI.
2. Ranald-Martin, *Influence of tropical clim.*, 1801, p. 477.
3. Parkes, *The Laucet*, 1871.
4. Brouardel, *Archives de Physiologie*, 1876.
5. Maurel, Th. Paris, 1881.
6. Kelsch, *Progrès médical*, 1880.

tante et qu'on se fixera sur la diminution, qui peut n'être pas en rapport avec la quantité de parenchyme hépatique détruit, mais qui aura toujours une valeur relative suffisante.

On a vu dans notre cinquième observation que le taux de l'urée était tombé à 7, 8 ou 9 grammes par jour.

Nous ne ferons que signaler, pour être complet, les recherches faites concernant l'indol, le scatol et l'urobiline; dans une maladie aussi fugace et aussi variable dans sa marche que l'hépatite suppurée, le moindre signe peut avoir une grande valeur.

3° *Examen du pus.* — Le pus, dans l'abcès hépatique, devra toujours être examiné; il peut lui aussi donner des renseignements précis, tant par ses caractères physiques que par ses caractères bactériologiques.

Le pus sera retiré aussi aseptiquement que possible par une ponction exploratrice. Dans la majorité des cas, il sera couleur lie de vin ou chocolat; dans d'autres, il sera blanc jaunâtre, sans odeur, épais et crémeux, tout comme le pus des abcès des autres organes. Dans notre observation II, le pus était lie de vin; dans l'observation IV, il était au contraire jaune verdâtre.

Certains auteurs croient que ces derniers caractères sont ceux que l'on retrouve habituellement (Rendu).

Il est cependant une distinction utile à établir et qui mérite quelque considération, quoique n'étant pas toujours exacte. Le pus blanc est le propre des

abcès anciens enkystés, et, en général, d'un volume qui tend à diminuer; le pus lie de vin ou chocolat est, au contraire, le pus d'un abcès en formation; ce dernier manque d'homogénéité et on peut voir à l'œil nu qu'il est formé d'un liquide blanc ou jaune, tenant en suspension des grumeaux rouges, sombres, chocolat, groseille, plus ou moins liquéfiés. Ces grumeaux sont souvent des blocs de cellule hépatique; c'est la raclure du tissu hépatique qui donne donc la coloration lie de vin, ajoutée à un peu de sang qui peut être épanché.

S'il a la coloration jaune ou verte nettement bilieuse, on reconnaîtra très facilement encore son origine hépatique.

Voilà donc un premier renseignement obtenu et c'est par ces caractères qu'il faudra savoir le reconnaître d'une pleurésie purulente.

Le microscope et les cultures achèveront de nous donner les renseignements voulus. Nous ne reprendrons pas ici les longues discussions qui ont eu lieu pour savoir s'il y a des microbes dans le pus des abcès hépatiques, et si même ces abcès sont d'origine microbienne, etc. Les travaux de Kartulis[1], de Gennes et Kirmisson[2], de Bertrand[3], de Veillon et Jayle de Claisse, ont démontré la présence des microbes dans les abcès du foie.

A côté de ces faits en existent d'autres où le pus a

1. Kartulis, *Centralblatt für Bankt und Parasitenkunde*, t. II, n° 25.

2. De Gennes et Kirmisson. *Arch. génér. de Méd.*, 1886.

3. Bertrand, *Acad. de Méd.*, février 1888.

paru stérile (Communications de Netter, Laveran, Peyrot, Arnauld et d'Astres, Monod, Le Dantec Tuffier, etc.).

Que conclure de tous ces faits? De nos jours, la lumière et l'accord semblent faits sur cette question : il y a peu de microbes dans le pus abcédé, mais on peut en trouver; le liquide est de nature microbienne, mais les microbes sont morts et non virulents par suite d'une cause encore mal déterminée. Ces microbes partent de l'intestin dans l'hépatite dysentérique pour aller au foie.

Ces conclusions ont été récemment confirmées par les travaux de Zancarol [1] et de Kartulis [2].

Quant aux espèces de microbes rencontrées dans le pus, elles sont variables. Kartulis y a trouvé l'amœba coli et le staphylocoque, d'autres le streptocoque; Chantemesse et Widal, le coli commune.

Plus récemment, Thiercelin a décrit des abcès du foie produits par un microbe particulier, l'entérocoque; et Chevrey [3], dans sa thèse, en a relaté plusieurs cas.

Comment donc, dans ces conditions, le microscope pourra-t-il nous renseigner au point de vue du diagnostic?

1° En examinant le pus directement et en le colorant, on pourra retrouver des cellules hépatiques séparées ou formant des blocs, indice certain de l'abcès hépatique;

1. Zancarol, *Congrès de Chirurgie*, août 1893.
2. Kartulis, *Bull. médical*, 1893.
3. Chevrey, Th. Paris, 1900.

2° On y verra aussi, mais beaucoup plus rarement que dans les autres collections purulentes, les microbes ci-dessus désignés: leur absence ou bien leur rareté pourra faire songer à l'abcès du foie;

3° On essaiera de faire des cultures et si parfois on voit ces microbes se développer dans les milieux ordinaires, parfois aussi les microbes auront perdu leur virulence et ne pourront pousser;

4° Le microbe de Thiercelin sera enfin un signe à ne pas négliger.

C'est donc par un ensemble de signes négatifs qu'on arrivera au diagnostic d'hépatite suppurée: sans doute, il est difficile de conclure de faits négatifs à un fait positif, mais, dans l'espèce, l'importance est considérable et permet la déduction.

Le pus pourra être enfin examiné chimiquement et si on y retrouve la réaction de Gmelin ou de Pettenkofer on pourra aussi conclure positivement.

Si le pus est rejeté à l'extérieur par un orifice naturel ou par une fistule cutanée, l'examen bactériologique ne s'en imposera pas moins et c'est ici surtout que la présence de cellules hépatiques pourra aider au diagnostic. C'est ainsi que Kelsch et Kiener[1] ont pu, chez un malade où la tuberculose chronique était probable, affirmer l'existence d'un abcès hépatique d'origine dysentérique par l'examen bactériologique du pus expectoré.

De nombreuses confusions avec la pleurésie purulente auraient pu être évitées par cet examen et

1. Kelsch et Kiener, *Gazette hebd. de Montpellier*, 1890, n° 48.

Cotta[1], dans sa thèse, insiste longuement sur cette question, et on ne saurait vraiment trop insister sur l'importance de ces recherches dans les cas douteux.

4° *Examen du sang.* — Cette question, peu étudiée autrefois, a pris de nos jours une grande extension. La mode est à l'hématologie.

Haspel, le premier, parle de l'état du sang dans l'hépatite suppurée et proclame l'insignifiance des résultats obtenus : « Quant aux divers fluides en circulation, particulièrement au sang, ils ne nous ont offert aucune altération particulière. Jamais nous n'avons trouvé cette couenne inflammatoire qu'on trouve si fréquemment dans les phegmasies aiguës franches des organes pulmonaires ou des membranes séreuses. »

L'hématimétrie n'a été appliquée que rarement dans les abcès du foie, Langlet[2] en donne une observation. M. le professeur Maurel[3] en relate trois dans sa thèse inaugurale, et c'est tout. La question n'est donc pas encore mise au point.

Dans ces derniers temps, cependant, nous trouvons quelques autres travaux de M. le professeur Maurel[4], ceux de Bertrand et Fontan, de Boinet, de Malassez[5] et plus récemment les communications de Boinet[6], de

1. Cotta, Th. Paris, 1895.
2. Langlet, *Bull. de la Soc. Anat.*, 1871, p. 370.
3. Maurel, Th. Paris, 1881.
4. Maurel, *Hématimétrie normale et pathologique des Pays chauds*. Doin, Paris, 1884.
5. Malassez, *Société anat.*, 1873.
6. Boinet, *Société biol.*, 1900.

Maurel[1], de Rispal[2], où la leucocytose dans les suppurations hépatiques est considérée dans ses rapports avec le diagnostic. La question est travaillée, mais elle est loin d'être résolue.

Les globules rouges sont le plus souvent diminués (Maurel); le séjour colonial, les conditions pathologiques antérieures expliquent bien cette hypoglobulie.

Les globules blancs sont en général augmentés de nombre; Langlet trouve de 40 à 50 globules blancs au lieu de 7 à 8 pour un grossissement de 260 à 300 diamètres.

M. le professeur Maurel ne signale dans un cas que 7,500 leucocytes.

Boinet, dans son dernier article à la Société de Biologie, déclare qu'il a trouvé 40 leucocytes dans un champ. Il insiste beaucoup sur cette hyperleucocytose qui serait un élément de diagnostic important. Il aurait pu, dans deux cas, faire le diagnostic d'abcès du foie par l'examen seul du sang.

M. le professeur Maurel, dans un intéressant article publié à la Société de Biologie en mars 1901, revient sur cette question et détermine les lois qui régissent cette hyperleucocytose. Il montre qu'elle est fréquente dans presque toutes les affections hépatiques; elle serait plus marquée cependant dans l'abcès du foie, surtout au début; la guérison diminuerait la leucocytose exagérée.

Il arrive à la conclusion suivante : « Dans le cours

1. Maurel, *Société biol.*, mars 1901.
2. Rispal, *Société biol.*, mars 1901.

d'une entéro-colite chronique ou après sa guérison, la constatation d'une hyperleucocytose ne dépassant pas 20,000 leucocytes, doit faire penser à une complication hépatique, telle que la congestion, etc.; une hyperleucocytose plus considérable, avoisinant 50,000, doit faire penser à une hépatite suppurée. »

M. le professeur agrégé Rispal communiquait quelques jours après le résultat de trois numérations globulaires dans l'hépatite suppurée. Il arrive de son côté aux conclusions suivantes : « Il ne semble pas que l'hyperleucocytose doive être considérée comme un phénomène constant dans l'abcès dysentérique du foie, de même qu'il n'existe pas de modifications de la formule hémoleucocytaire. La conclusion pratique qui découle de ces faits est que l'examen du sang ne fournit pas, pour le diagnostic différentiel des abcès du foie, des résultats aussi importants que ceux qu'on a voulu lui attribuer. »

De ces diverses opinions, nous ne tirerons que les conclusions admises par notre maître, M. le professeur Mossé[1] : « Au point de vue du diagnostic différentiel entre les abcès et le carcinome du foie, quelle importance faut-il attribuer à l'examen du sang et plus spécialement à la variation du nombre de leucocytes? Il serait prématuré, sans doute, de tirer des conclusions fermes; à l'avenir, l'hématimétrie, à condition que la technique en soit précise et régulièrement suivie, pourra avoir une réelle valeur diagnosti-

1. Discussion de la Communication de MM. Sarda et Oulié sur un cas d'Abcès du Foie. *Toulouse médical,* 15 juin 1901.

que, non point isolément et d'une façon absolue, mais rapprochée des autres symptômes et interprêtée.

« Qui sait si les divergences d'opinion de ceux qui ont fait connaître les résultats de leurs recherches hématologiques (Boinet, Maurel, Rispal), ne pourraient dépendre en partie, du moins, de l'époque à laquelle les examens sont pratiqués? La formule leucocytaire et globulaire ne semble-t-elle pas, *a priori*, devoir différer dans le cas de vieux et volumineux abcès, c'est-à-dire, quand la dépense de l'organisme semble près de s'épuiser dans l'état cachectique, ou, au contraire, quand la suppuration est encore au début, peu abondante et le travail de résistance de l'organisme en pleine vigueur.

« Il ne faut pas oublier, d'autre part, que le parenchyme du foie, frappé de suppuration, peut être déjà préalablement altéré par des propathies, comme c'est le cas ici, et que ces propathies de la cellule hépatique peuvent retentir de façon directe ou indirecte sur l'hématopoièse, influer, par suite, sur la proportion des globules blancs. A l'heure actuelle, il convient de recueillir soigneusement les observations hématologiques, en notant les diverses circonstances extrinsèques ou intrinsèques de chaque fait clinique auquel elles se rapportent. Et progressivement, de ces faits, chaque jour plus nombreux, mieux connus, se dégagera peut-être une loi, ou tout au moins des données utiles au diagnostic différentiel et, par suite, au traitement des abcès et lésions du foie. Mais, si j'ai relevé devant vous, l'intérêt anatomique résultant de la rareté de la phlébite de la

veine cave, il faut aussi que j'appelle votre attention sur cette particularité, que l'existence d'un processus inflammatoire, au centre d'une des principales veines de l'économie, a dû influencer pour sa part, et indépendamment de la suppuration hépatique, la formule leucocytaire. »

5° Reste enfin un dernier moyen employé par les cliniciens : la *radiographie* et la *radioscopie*. Elles peuvent donner parfois d'excellents résultats, surtout dans les cas de diagnostic différentiel entre les lésions hépatiques et les lésions pleurales ou pulmonaires, entre les abcès du foie et les pleurésies purulentes.

Il existe peu de documents sur cette question; nous n'avons pu retrouver d'observations où ce nouveau mode d'exploration ait été signalé comme ayant servi au diagnostic d'une affection suppurée hépatique.

Nous croyons que la radioscopie peut donner de meilleurs résultats que la radiographie.

Lorsque, en effet, on examine un sujet sain, on peut voir quel est l'état des organes; on voit la contraction du cœur, les mouvements du diaphragme; le foie est très net. Supposez qu'il y ait un abcès du foie ou une pleurésie purulente. Aussitôt, immobilité du diaphragme du côté droit; s'il s'agit d'une pleurésie, on verra une nuance sombre au-dessus du diaphragme, le foie restant sain; dans le cas contraire, lorsque le foie est augmenté de volume ou que l'abcès siège sur la face convexe, il y

a immmobilité du diaphragme, et celui-ci est repoussé en haut par la masse sous-jacente.

M. le professeur Marie a pu, dans plusieurs cas, faire le diagnostic de tumeurs du foie par le simple examen radioscopique. C'est ainsi que pour le malade de notre observation I, il a confirmé ce que la clinique pensait déjà et a pu nous dire, avant que la ponction exploratrice l'ait démontré d'une façon indubitable, le point où nous trouverions la collection purulente. Dans un autre cas, antérieur à celui de notre malade et que notre camarade et ami M. Sarda, chef de clinique médicale, nous a rapporté, l'examen radioscopique montra très nettement qu'il y avait abcès du foie, ce qui fut confirmé par le chirurgien, qui put arriver sans nulle crainte sur la tumeur.

On peut montrer, de plus, la différence des résultats obtenus par la radiographie et la radioscopie; tandis que par la radiographie on obtenait un cliché peu net et dont les conclusions étaient difficiles à tirer, par la radioscopie on pouvait se rendre compte d'une façon très nette de l'état des organes.

Voilà donc les divers examens auxquels il faudra se livrer dans la recherche de l'hépatite suppurée. C'est en ne négligeant aucun des signes, en notant les plus petites particularités, que dans les cas douteux on pourra arriver au diagnostic.

II. Diagnostic différentiel suivant les formes. — Il ne s'agit pas seulement de connaître les divers signes qui pourront faire penser à l'abcès du foie, il faut savoir aussi reconnaître chacune des formes de

la suppuration hépatique et les distinguer des nombreuses affections qui pourraient la simuler.

Reconnaître les différentes formes entr'elles n'est pas chose difficile; la description que nous avons esquissée au début de ce travail nous permettra d'être aussi bref que possible. C'est en se basant sur les phénomènes généraux qu'on fera la distinction. Mais, bien plus ardu est le diagnostic de chacune de ces formes avec les affections présentant des caractères analogues et qui laissent souvent le médecin dans la plus grande indécision. De nombreuses erreurs, commises par des noms ayant une notoriété scientifique incontestable, peuvent être citées et montrent les grandes précautions qu'il faut prendre avant de se prononcer.

L'étendue que nous avons donnée à l'étude des signes cliniques de l'abcès du foie et aux divers procédés de laboratoire auxquels on doit se livrer, nous permettra d'abréger cette partie de notre travail et de n'indiquer que les éléments principaux du diagnostic.

L'hépatite aiguë sera étudiée tout d'abord, puis nous ferons l'étude du diagnostic différentiel des deux autres formes subaiguë et chronique.

L'hépatite à forme aiguë a pu être souvent confondue avec les pyrexies, par suite de son évolution rapide et de la présence de symptômes généraux graves capables de masquer les signes locaux.

1° *La fièvre typhoïde.* Dans les cas d'hépatite à début brusque, à évolution prompte, à type fébrile violent, l'embarras gastrique, l'état de la langue, les

selles fétides, le ballonnement du ventre et surtout l'habitus extérieur du malade, font craindre la dothiénenthérie. On peut même avoir des taches rosées lenticulaires (Arnaud[1]).

Dans d'autres cas, les premiers signes font penser à l'abcès du foie, mais par suite de l'ouverture de l'abcès dans quelque gros vaisseau (Chomel, dans la veine cave), on voit une pyohémie se développer avec symptômes typhiques très nets.

Dans une dernière série de cas, il y a réellement fièvre typhoïde et ce n'est que vers le deuxième septenaire que se développe l'abcès du foie. Ici, le diagnostic est encore plus difficile.

Dans les deux premiers cas, on ne devra pas négliger de faire la réaction de Widal; l'évolution de la maladie est malheureusement si rapide que le diagnostic n'est souvent fait que *post mortem*, et serait-il fait d'ailleurs pendant la vie qu'on ne pourrait guère soulager ou guérir le malade, surtout dans la deuxième série des cas.

L'hépatite consécutive à la fièvre typhoïde est aussi très difficile à reconnaître; de nombreux travaux ont été faits sur cette question, surtout dans ces dernières années.

Launois a fait un article très complet dans la *Revue de Médecine*; plusieurs thèses ont été soutenues sur ce même sujet, mais, si l'on sait que le bacille d'Eberth se retrouve dans le pus de l'abcès, si l'on en connaît bien la symptomatologie, la marche, il n'est pas facile d'en faire le diagnostic.

1. Arnaud, *Marseille médical*, 1887, p. 146.

2° La *tuberculose généralisée,* à forme aiguë, à traits généraux d'aspect typhique, pourrait être aussi confondue. Le fait est rare et l'on ne connaît guère d'autre exemple que celui rapporté par Guéneau de Mussy et que nous avons déjà cité. Ces erreurs, même dans les cas obscurs, seront évitées par l'étude de la courbe fébrile, de l'état de la poitrine, des crachats et surtout par l'examen attentif du foie.

3° La *congestion hépatique* est des plus difficiles à distinguer de l'abcès du foie dans sa forme aiguë.

L'aspect général, de même que l'aspect local du malade, est à peu près le même, et nombre d'auteurs ne font pas de distinction entre ces deux affections. Le diagnostic se réduit, comme nous l'avons indiqué plus haut, à une question de degré et devient presque une subtilité clinique, fondée sur la rapidité plus ou moins grande avec laquelle symptômes locaux et généraux disparaissent sous l'influence du traitement.

Si, en effet, au bout de quelques jours, la fièvre cesse pour ne plus reparaître, si tous les symptômes s'accentuent, il faut penser à la simple congestion; mais y a-t-il reprise dans les symptômes généraux et locaux, il faudra penser à l'hépatite suppurée. Notre malade (obs. I) a présenté tous les signes révélateurs de l'hépatite congestive, et ce n'est qu'après avoir longuement hésité que M. le professeur Mossé a pu diagnostiquer l'hépatite suppurée, se basant surtout sur la disparition des phénomènes généraux sans que les phénomènes locaux aient subi de grandes modifications.

4° La *pneumonie de la base* du poumon droit peut être encore confondue; n'a-t-on pas dans les deux cas un point de côté, de la fièvre, des vomissements, un état général mauvais, etc.? Mais ici l'hésitation ne sera pas longue car celle-ci a une évolution cyclique; les crachats seront bientôt sanguinolents, jus de pruneaux, on pourra y déceler le pneumocoque. Les râles crépitants, le souffle tubaire, permettront encore de faire le diagnostic.

L'analyse des urines sera encore très utile, car elle permettra de reconnaître qu'il y a, d'un côté, élimination considérable d'urée, et, de l'autre, on trouvera une notable diminution.

5° Une *pleurésie diaphragmatique*, au début, peut enfin présenter l'aspect symptomatologique de l'hépatite suppurée. N'y a-t-il pas, dans les deux cas, fièvre, frissons, dyspnée, point de côté avec irradiation vers l'épaule droite? Mais, dans ce cas, le frottement pleural apparaît et les signes physiques de l'épanchement se montrent successivement allant de bas en haut. Le foie n'est abaissé que dans les derniers jours, par suite du poids du liquide collecté dans la plèvre. Dans l'hépatite, l'ordre des signes serait renversé et, d'ailleurs, on ne retrouverait pas le frottement.

Dans certains cas cependant, l'hépatite suppurative peut coexister avec une pleurésie droite; le diagnostic est alors plus difficile et Guéneau de Mussy, dans ses cliniques, insiste longuement sur ses difficultés. Récemment enfin, Rieux[1] a bien étudié cette ques-

1. Rieux, Th. Lyon, 1885.

tion et a montré la fréquence de la pleurésie séreuse droite dans le cas d'abcès du foie.

Les formes *subaiguës et chroniques* peuvent être simulées et simulent d'ailleurs elles-mêmes nombre d'affections de la cavité thoracique ou abdominale.

Les symptômes généraux auront ici bien moins d'importance et ce sont les symptômes locaux qui aideront principalement à faire le diagnostic. C'est surtout dans ces deux formes qu'il faudra mettre en œuvre les divers examens que nous avons étudiés; c'est enfin ici que la ponction exploratrice donnera les meilleurs renseignements.

6° Dans certains cas, l'hépatite suppurée a pu être confondue avec une affection des organes voisins. La *pleurésie purulente* est la maladie la plus fréquemment confondue : signes physiques, fonctionnels, généraux, évolutions des deux affections, tout se ressemble. Mais on peut, par un examen physique, arriver à les distinguer. La matité en dôme, dans l'hépatite, est parabolique (courbe de Damoiseau) dans la pleurésie; l'élargissement du thorax et l'écartement des côtes se font plus bas dans l'hépatite que dans la pleurésie. Les commémoratifs seront aussi d'un grand secours. L'examen des urines dénotera une diminution de l'urée dans un cas; l'azote éliminée dans l'autre sera en quantité normale.

La ponction exploratrice donnera issue à du pus et l'examen bactériologique et microscopique démontreront que, dans un cas, se trouveront un grand nombre

de microbes, dans l'autre, ils seront beaucoup plus limités dans leurs nombre et leur variétés; parfois même le pus sera stérile. Enfin, la présence de cellules hépatiques sera un élément pathognomonique. (Cotta[1]).

Ici, encore, l'examen radioscopique sera des plus nécessaires, mais la ponction elle-même peut donner les renseignements suffisants : le trocart ou l'aiguille étant enfoncé dans le parenchyme hépatique, le talon de l'instrument se relèvera pendant l'inspiration, tandis que la pointe s'abaissera en ce même moment; ce mouvement prouve que le trocart est dans la région sous-diaphragmatique; un mouvement inverse démontrerait sa pénétration dans la cavité pleurale.

L'écoulement du liquide peut fournir de nouvelles indications importantes à connaître. Elle ont été étudiées par Pfühl[2] au moyen d'un manomètre ajouté à un aspirateur de Potain. Pendant l'inspiration, l'écoulement du liquide sera plus abondant dans l'hépatite suppurée, la pression étant plus forte dans la région sous-diaphragmatique. Un fait inverse se passe dans l'épanchement pleural.

Nous ne parlerons pas des caractères du pus qui sont aussi très importants à considérer.

Malgré ces signes d'une rigueur mathématique, on pourra commettre des erreurs, et nombre de médecins en ont publié des exemples.

1. Cotta, Th. Paris, 1845.
2. Pfuhl, *Virchow's Jahrb*, 1877.

La *tuburculose pulmonaire* pourrait prêter à confusion, et le malade, dont notre ami M. le docteur Sarda nous a donné l'observation et que nous avons signalé à l'examen radioscopique, avait été soigné pendant longtemps pour tuberculose. Ce n'est que dans les derniers temps qu'un examen plus approfondi du patient et surtout l'examen radioscopique fit faire le diagnostic. Chez lui, en effet, il était survenu une complication fréquente et qui pouvait faire ajouter à la confusion ; il avait une fistule hépato-bronchique et expectorait le pus de son abcès.

Dans ces circonstances, l'analyse des crachats s'impose. Y a-t-il des bacilles de Koch? le diagnostic est tranché. Y a-t-il des cellules hépatiques? on n'a plus de doutes à conserver. Les antécédents, l'analyse des urines et du sang viendront compléter l'examen du malade.

Une *collection purulente* traumatique développée entre le diaphragme et le foie sera difficilement reconnaissable. Bonnaud [1], dans sa thèse, en rapporte un exemple frappant.

Ici, les signes physiques sont les mêmes; la ponction exploratrice, si utile par ailleurs, ne peut nous renseigner par les mouvements du trocart. Mais, dans un cas, le pus sera lie de vin, chocolat, dans l'autre crémeux, jaunâtre; les commémoratifs relateront un traumatisme dans l'abcès sous-phrénique et très souvent, pour ne pas dire toujours, une dysenterie dans l'hépatite suppurée.

1. Bonnaud, Th. Lyon, 1881.

L'examen du pus, au microscope, pourra enfin nous fixer sur certains points (présence de cellules hépatiques).

Malgré tout, le diagnostic peut rester incertain et ce n'est que le bistouri en main qu'on pourra arriver à distinguer les deux affections.

On fait ordinairement le diagnostic entre l'hépatite suppurée subaiguë ou chronique et les abcès par suite de carie costale, ou le phlegmon de la paroi thoracique. Il est rare qu'on puisse avoir l'aspect d'une collection purulente profonde dans ces deux cas, et si, par impossible, les signes arrivaient à être identiques, l'examen du pus, les commémoratifs, suffiraient à éloigner l'idée d'hépatite suppurée.

Les *affections abdominales* sont aussi causes d'un grand nombre d'erreurs.

Le *phlegmon sous-péritonéal* qui forme cette tumeur oblongue, allant des côtes à l'ombilic, peut en inspirer au début pour une collection purulente d'origine hépatique. Mais, ici, il n'y a pas de douleur hépatique, le pus est plus superficiel et blanc crémeux; la poche peut contenir des gaz; les commémoratifs enfin auront une grande importance.

Le *phlegmon du grand droit*, rare et d'origine traumatique, ne peut guère prêter à confusion; il n'en est pas de même du *phlegmon lombaire*, surtout dans sa variété périnéphrétique. On sait bien que l'abcès du foie est une tumeur abdominale, et la périnéphrite une tumeur pariétale postérieure; mais, dans l'hépatite suppurée, la tumeur abdominale est difficile à apprécier et quant à la tumeur pariétale postérieure,

la question n'est pas de dire si elle existe, mais bien d'où elle vient.

N'a-t-on pas vu des collections pleurales, des abcès du foie, des caries costales suppurées descendre à ce niveau? Il faudra procéder par voie d'élimination et passer en revue les divers organes qui peuvent être mis en cause. On se fixera sur l'étiologie, la marche de l'affection; tous les symptômes seront analysés. Malgré cela, le diagnostic peut rester incertain, même après l'examen du pus, des urines et du sang. Une incision pourra, en dernier lieu, faire disparaître toute hésitation et lever les derniers doutes; on pourra ainsi explorer le rein, le bord inférieur du foie, etc.

Certaines affections de l'*estomac* et principalement le *cancer* ont été le sujet de quelques erreurs.

Généralement, le diagnostic s'affirme rapidement entre les affections stomacales et hépatiques. A-t-on affaire à un abcès du lobe gauche? certains signes, soit fonctionnels, soit physiques, pourraient facilement induire en erreur un esprit non prévenu; la ponction exploratrice tranchera ordinairement le diagnostic.

Les affections du *rein droit*, à part la périnéphrite que nous avons déjà mentionnée, peuvent être l'occasion de doutes, parfois même d'erreurs.

La pyélo-néphrite suppurée sera surtout d'un diagnostic difficile. Gallard en relate deux exemples dans ses cliniques de la Pitié. D'ordinaire, cependant, la lésion rénale n'est pas complètement soudée au foie; elle a au-devant d'elle une anse intestinale et

paraît être profondément située tandis qu'on trouve le bord antérieur de la glande hépatique très superficiel. Le rein ne transmettra jamais les pulsations cardiaques ainsi que le fait le foie.

L'analyse des urines, enfin, fera reconnaître à certains moments la présence de pus et de calculs. Il est bien rare, que comme dans le cas de Gallard, les urines soient toujours claires. Enfin, l'étude des symptômes généraux, de la fièvre surtout, l'examen du pus et du sang aideront au diagnostic.

Le *péritoine*, dans ses diverses tumeurs, pourrait simuler l'abcès du foie; le diagnostic sera en général facile.

Il n'en est pas de même de la *péritonite localisée;* nous savons déjà qu'il existe presque toujours quelques adhérences autour de la collection purulente. Il pourra se former ainsi une péritonite localisée avec liquide purulent, adhérente au foie, mais dont on pourra déterminer les limites : reconnaître les deux affections, savoir si l'une est indépendante de l'autre ou si l'une existe sans l'autre, seront des occasions où le clinicien montrera toute sa science : ces difficultés sont extrêmes.

Trouve-t-on cependant, en même temps, des signes pulmonaires, tels que dyspnée, etc., coïncidant avec l'altération péritonéale, on peut affirmer la lésion hépatique, car le foie est le seul organe à double face qui puisse retentir à la fois sur le plèvre et le péritoine.

Dans d'autres cas, plus difficiles quelquefois à distinguer que ceux que nous venons de décrire, ce

seront les affections hépatiques elles-mêmes qui pourront simuler l'abcès du foie, et nous nous trouverons en présence, soit d'un cancer du foie, d'un kyste hydatique, d'une cirrhose hypertrophique, soit enfin d'une dilatation de la vésicule biliaire.

Le *cancer du foie,* primitif surtout et massif, est le seul qui puisse être le sujet de graves erreurs. Le cancer nodulaire se développe au milieu d'une cachexie spéciale et donne à la palpation la sensation de nombreuses tumeurs petites et dures qui ne laissent pas de doutes.

Le cancer massif a pour lui, au contraire, la tumeur unique, dure et limitée, avec absence fréquente de douleur et de fièvre, la présence de l'ictère et de l'ascite, la constipation habituelle et la cachexie à teint paille si bien connue (quand il n'y a pas d'ictère).

L'hépatite garde pour elle la tuméfaction mal limitée, la douleur plus nette avec ses diverses modifications, suivant la manière de palper, le type fébrile habituel des symptômes gastro-intestinaux, l'absence d'ascite et une dénutrition qui ne ressemble pas à celle du cancer.

Malgré ces nombreux caractères différentiels, on peut voir des cas où le diagnostic est hésitant; quelques observations ont été publiées. Dans notre observation IV le doute était permis.

D'après Boinet et Maurel, on pourrait arriver au diagnostic par l'examen du sang; nous avons vu ce qu'en pensait M. le professeur agrégé Rispal et les

conclusions auxquelles est arrivé notre maître, M. le professeur Mossé. Nous ne reviendrons pas sur cette question.

N'oublions pas, toutefois, que la ponction exploratrice sera ici très utile et ne devra jamais être négligée en cas de doute.

Le *kyste hydatique du foie* présente quelques points d'analogie avec les abcès; on a parfois une tumeur qui peut être fluctuante, ou simplement une augmentation du volume de l'organe, mais la tumeur est longtemps dure, indolente et apyrétique. La ponction exploratrice montrera enfin qu'il y a un liquide limpide, clair dans un cas, suppuré dans l'autre.

Les kystes hydatiques peuvent néanmoins suppurer et alors l'état général devient mauvais; la fièvre, l'amaigrissement, les douleurs se rapprochent des symptômes analogues de l'hépatite; mais, tout à côté, on a des troubles gastriques singuliers, des érythèmes ortiés, des hémorrhagies diverses; dans le pus retiré par ponction, on peut trouver des hydatides ou tout au moins des crochets et alors le diagnostic ne sera plus douteux.

Les *cirrhoses du foie* ne seront guère confondues avec une collection purulente de cet organe; leur aspect clinique particulier les différencie complètement; mais la cirrhose hypertrophique, avec son foie volumineux, la diminution dans la quantité de l'urée pourrait prêter à confusion. Mais n'y a-t-il pas un ictère chronique qui suffira au diagnostic? Francz[1], cependant, rapporte dans sa thèse quelques

1. Francz, Th. Paris, 1873.

cas d'erreur de diagnostic et Hanot[1] dit que Cruveilher commit l'erreur inverse.

La *colique hépatique*, avec son début brusque, sa douleur exactement la même que celle de l'abcès du foie, pourrait faire penser à une hépatite suraiguë qui se développerait avec un appareil dramatique spécial. L'étude des points douloureux, l'examen plessimétrique du foie, les commémoratifs ne seront pas les mêmes dans les deux cas; un calcul arrêté dans un canal biliaire hépatique de premier ordre donne aussi un foie augmenté de volume avec douleur extrême, frissons, fièvre, etc., etc., mais l'ictère, les commémoratifs suffiront à le distinguer.

Il faut se rappeler toutefois que de grands abcès du foie cliniquement semblables à ceux de l'hépatite endémique peuvent être la conséquence de l'enclavement des calculs dans les voies biliaires intra-hépatiques.

Nous ne croyons pas qu'il soit utile d'insister, comme le fait J.-L. Petit, sur la confusion possible avec une *vésicule biliaire distendue* par la bile retenue et pouvant quelquefois contenir des calculs, pas plus que sur cette même vésicule biliaire, alors qu'elle se met à suppurer et présente quelques symptômes communs avec l'hépatite. La situation de la tumeur, l'évolution du mal, les symptômes gastro-intestinaux et la ponction toujours si utile, suffiraient largement pour éviter une semblable erreur.

1. Hanot, Th. Paris, 1876.

III. Diagnostic de précision. — Nous en avons donc fini avec cette longue nomenclature des diverses affections avec lesquelles on a pu confondre l'hépatite; nous avons signalé les caractères les plus importants qui différentiaient chacune d'elles, en y insistant longuement. Le clinicien n'a pas encore terminé son œuvre; il reste encore quelques points sur lesquels il doit chercher à être fixé : le nombre, le volume, la variété et le siège de l'abcès.

Pour le *nombre*, il semble impossible, *a priori*, de dire si l'abcès du foie est unique ou s'il en existe plusieurs. Il y a autant de chances pour, que contre; les autopsies l'ont démontré.

Malgré la difficulté qui existe pour donner une solution juste, on a pu parfois y parvenir; par la palpation de la région hépatique on peut déterminer un, deux, trois points douloureux maximum. C'est là une présomption en faveur de la multiplicité des abcès.

D'autre fois, une tumeur du lobe gauche, nettement fluctuante, correspondra avec une dilatation de l'hypocondre droit, ce qui rend le diagnostic plus difficile. Enfin, cas plus simple, on trouvera diverses tumeurs fluctuantes et faisant directectement saillie sur la paroi.

Les symptômes fonctionnels peuvent eux aussi y faire penser. Un individu a eu sa collection purulente ouverte; malgré cela, la fièvre reste élevée, l'amaigrissement, la toux persistent; on doit se méfier et chercher s'il n'existe pas un nouvel abcès passé tout d'abord inaperçu.

Le *volume* de l'abcès est encore plus difficile à apprécier; 2 à 300 grammes de pus ne peuvent guère être la cause d'une déformation thoracique bien grande; seuls, les grands abcès, contenant de 700 à 1,000 grammes de pus, pourront être facilement soupçonnés par le volume du foie, la tension de la région, le soulèvement des côtes inférieures, l'effacement d'un plus ou moins grand nombre d'espaces intercostaux, la gêne de la respiration, etc., etc.

Les malades des observations II et III avaient des abcès si volumineux qu'il avait été facile d'apprécier le volume de la collection purulente; au contraire, on ne pouvait se prononcer sur ceux des malades des observations I et IV.

La *variété* de l'abcès ne peut être reconnue que par le pus qu'elle contient. Le phlegmoneux est plus volumineux, plus récent, plus douloureux, plus fébrile que l'abcès enkysté.

Le pus lie de vin appartient à l'abcès phlegmoneux.

Le pus blanc est celui de l'abcès enkysté.

Bien plus important est de savoir reconnaître le *siège* de l'abcès.

L'examen clinique, la ponction exploratrice ou l'examen radioscopique peuvent être utilisés.

L'abcès est-il superficiel, fait-il saillie au niveau de l'hypocondre, on n'aura pas de difficultés. Mais très souvent la collection purulente est cachée; le foie est gros, mais elle n'apparaît pas.

C'est par la recherche du point douloureux le plus aigu qu'on pourra être fixé. Situé sur la face convexe,

il donnera un point douloureux assez haut avec irradiations dans l'épaule droite.

Siège-t-il sur la face concave, la douleur est plus bas et les irradiations sont lombo-abdominales.

L'ictère peut ici apparaître par suite de la compression des voies biliaires.

L'hépatite suppurée du lobe droit se fera remarquer par la voussure thoracique externe, l'écartement en dehors des espaces intercostaux situés sous le mamelon, la matité très étendue, les menaces de pleurésie, le frottement perihépatique localisé; la migration thoracique lui est habituelle; dans la migration abdominale, c'est l'angle du colon ou le rein qui sont attaqués les premiers.

L'abcès du lobe gauche retentit du côté du duodénum et de l'estomac: il y a très fréquemment de la voussure épigastrique: la douleur à ce niveau et les signes stomacaux, hoquets, vomissements y feront songer. Le frottement périhépatique peut s'observer vers l'épigastre.

Un abcès central du foie s'exprimera par des symptômes vagues, des douleurs sourdes sans irradiations, de la lourdeur du foie et une douleur provoquée, non par la simple pression localisée, mais par la palpation en masse. Le foie ne sera pas déformé.

Tous ces signes que nous venons de donner, ne pourront que faire soupçonner le siège de l'abcès; c'est par la ponction exploratrice que ce soupçon sera changé en certitude: c'est elle seule qui pourra nous donner les détails les plus précieux et c'est à elle qu'il faudra avoir recours. On ne négligera pas

l'examen radioscopique; il peut, lui aussi, rendre de bons services; nous ne rappellerons pas les deux cas déjà signalés, où il a été particulièrement utile au diagnostic.

IV. Diagnostic des complications. — Les complications peuvent dépendre, soit d'une lésion des organes avoisinant l'abcès, ou d'une transformation de l'abcès lui-même, ou bien encore d'une migration de l'abcès.

Dans le premier cas, nous aurons, soit une hémorrhagie ou une gangrène de l'abcès, une péritonite locale ou généralisée, une carie costale, une pleurésie, la gangrène pleuro-pulmonaire, la péricardite, et la dysenterie.

De l'hémorrhagie dans les cas d'abcès, nous ne dirons rien; il en reste bien peu d'observations. Roger en cite une, en 1842, et après nous n'avons pu en trouver d'autres.

La *gangrène de l'abcès* est plus fréquente; très difficile à diagnostiquer; elle est plutôt une trouvaille d'autopsie car, aucun signe clinique ne lui appartient en propre, pas même l'état typhoïde qui peut être observé sans quelle existe.

L'*inflammation généralisée du péritoine* se reconnaîtra aux signes particuliers qu'elle présente et que nous n'avons pas besoin de rappeler ici. Nous avons déjà parlé des péritonites circonscrites.

La *carie costale*, signalée par Chauvel, a été bien étudiée en ces dernières années[1]; elle peut se pré-

1. *Arch. génér. de Médec.*, juillet 1890.

senter, soit quand l'abcès est ouvert de ce côté, soit lorsqu'il ne fait encore que pointer du côté de l'arc costal; elle se présente avec une tuméfaction acuminée fluctuante qu'il faut bien distinguer de la poche hépatique.

La *pleurésie sèche* se reconnaîtra aux frottements qui l'accompagnent et qu'on ne confondra pas avec les frottements péritonéaux.

La pleurésie avec épanchement sera reconnue plus difficilement; elle sera facilement cause d'erreurs de diagnostic : ou elle passe inaperçue, ce qui est le fait le plus fréquent, ou elle semble dominer la scène et la lésion hépatique passe alors inaperçue.

Il faudra donc se méfier et savoir dépister les deux affections concomittantes; elles conservent toutes deux leurs signes physiques et c'est par l'analyse scrupuleuse des résultats de l'examen qu'on arrivera au diagnostic. La ponction exploratrice sera d'un grand secours et pourra fixer définitivement le clinicien.

La *gangrène pleuro-pulmonaire* est très rare; quant à la péricardite sèche, elle passe inaperçue. L'hydropéricarde a été reconnue quelquefois; ce sont des trouvailles d'autopsie.

La *dysenterie* enfin a pu être rangée par certains auteurs parmi les complications de l'hépatite; nous n'entreprendrons pas de la décrire; les signes sont trop nets pour qu'on ne puisse pas la dépister.

Dans le deuxième cas, il s'agit de reconnaître les diverses migrations de l'abcès. Il peut suivre de

nombreuses voies que nous allons indiquer rapidement.

1° *Voies biliaires.* — La cholérhagie et l'élimination du pus par ces conduits exigent l'exulcération brusque d'un conduit biliaire important ou même de la vésicule.

Les faits connus sont très rares et presque jamais diagnostiqués. Léonard[1] en cite un cas de même que Fauconneau-Dufresne[2]; Bonnaud[3] en rapporte un bel exemple dans sa thèse; on en retrouvera une étude assez complète dans la thèse de Debergue (*Sur les migrations des abcès du foie*, Montpellier, 1889).

Les signes qui pourraient faire soupçonner la fistule biliaire consistent dans la présence du pus dans les selles ou les vomissements, mais le même fait existe dans le passage par le colon ou le duodénum. Cependant, l'extrême modération des évacuations, leur apparition comme physiologique sans aucun signe de péritonite locale, mais parfois avec coliques hépatiques, pourraient y faire songer.

D'autre part, une augmentation brusque du volume de la vésicule biliaire, coïncidant avec une évacuation de pus par les selles, peut amener à conclure à la perforation de la vésicule. La ponction exploratrice pourra être employée; elle mènera à un diagnostic approximatif.

2° *Péritoine.* — Cette ouverture peut donner lieu à

1. Léonard, Th. Paris, 1830.
2. Fauconneau-Dufresne, *Revue médicale*, 1846
3. Bonnaud, Th. Paris, 1881.

une péritonite généralisée ou à une péritonite enkystée. La première est plus rare : d'ordinaire, des adhérences ont eu le temps de se former qui localisent en un point le pus échappé de l'abcès. En tous cas, la péritonite généralisée due à un traumatisme, à un simple mouvement brusque, à un effort de toux, a une marche suraiguë et emporte le patient en quelque jours si l'on n'intervient aussitôt. Les signes sont ceux que donne toute péritonite du même genre.

Localisée, elle est plus bénigne et le développement de la nouvelle collection purulente peut se faire peu à peu : on la voit quelquefois se former sous les yeux,

Rien de particulier à signaler dans son diagnostic : douleur dans une région périhépatique, œdème de la paroi, fluctuation, fièvre, diarrhée, etc., etc., tous symptômes que l'on retrouve dans ces états. Si l'abcès hépatique n'avait pas été reconnu, on pourrait penser à une péritonite tuberculeuse, par exemple. Le pronostic en est toujours très sombre.

3° *Tube digestif.* — C'est une des voies de migration les plus fréquentes : sur trente cas d'abcès du foie ouverts spontanément, Rouis a trouvé neuf issues du pus par le tube intestinal (observation V). Le pus s'ouvre dans l'estomac, le duodénum, l'intestin grêle, le colon ascendant ou tranverse.

Il est très difficile de se prononcer, sur le vivant, sur la portion de l'intestin où s'est établie la perforation : aurons-nous des vomissements purulents, des éructa-

tions, des phénomènes stomacaux avec angoisse épigastrique, on pourra penser à une ouverture dans la partie supérieure du tube digestif, d'autant plus que le pus rendu par les selles sera en minime quantité. On pourra voir se produire encore un affaissement de la tumeur primitive formée par l'abcès, signe très important et qu'il ne faut pas négliger.

Ce seront presque toujours les abcès du lobe gauche ou de la partie médiane qui s'ouvriront ainsi, surtout à cause de leurs rapports anatomiques.

Le pus passe-t-il dans l'intestin grêle ou le colon? on n'aura plus de vomissements purulents, mais, au contraire, le pus passera dans les selles et formera l'élément principal du diagnostic. On ne devra pas confondre les vomissements purulents avec une vomique et l'évacuation purulente par l'anus avec un abcès périrectal, péricœcal, ouvert dans l'intestin.

On le voit, il pourra y avoir des présomptions pour le point où la perforation s'est faite, mais c'est tout au plus si on pourra affirmer qu'elle s'est faite dans la partie supérieure ou inférieure du tube digestif.

4° *Voies urinaires.* — Assez rares. Quelques observations en ont été rapportées et nous en trouvons des exemples dans la thèse de Rousse[1] dans un article de Curric[2], dans le livre de Béranger-Féraud[3], dans l'article de Bertrand[4]. Le diagnostic ne pourra

1. Rousse, Th. Montpellier, 1873.
2. Curric, *Madras quat. now journal,* vol. IV, 1842.
3. Bèranger-Féraud, *Traité de la dysenterie.*
4. Bertrand, *Revue de Chirurgie,* avril 1870.

être fait qu'en raison des circonstances qui accompagnent chaque abcès; il n'existe pas de signe pathognomonique.

La présence du pus dans les urines peut être masquée et passer inaperçue. Des symptômes rénaux existent souvent et dirigent les recherches. Le microscope devra toujours confirmer le diagnostic.

5° *Organes respiratoires.* — C'est la voie la plus commune des migrations; elle forme les deux tiers des ouvertures spontanées.

Le pus peut donner lieu, suivant le point où il s'arrête, à une pleurésie purulente, à un abcès du poumon où à une vomique. Ce dernier cas est le plus fréquent et celui qui entraîne le plus souvent la guérison spontanée.

Chez le malade dont l'observation nous a été confiée par notre ami M. le docteur Sarda et que M. le professeur Marie a radiographié et radioscopé, il existait une fistule hépato-bronchique et le malade crachait, depuis deux années déjà, le pus de son abcès. Cette fistule a été retrouvée pendant l'opération. Ces cas, faciles à diagnostiquer quand il existe une vraie vomique, sont parfois difficiles à reconnaître, car on pense tout d'abord à une bacillose pulmonaire, diagnostic porté, d'ailleurs, pour le malade en question.

L'examen du pus s'impose dans ce cas; il montrera d'autre part la lésion, soit que l'on trouve des bacilles de Koch ou que l'on reconnaisse la présence de cellules hépatiques.

Le diagnostic sera plus difficile si les deux affec-

tions coexistent. Le poumon peut être seul intéressé, fait très rare et qu'on ne voit presque pas signalé. Il y a alors des phénomènes de tassement pulmonaire, apparition de crachats rouillés, enfin tous les signes cliniques dépendants de cet état. Au bout de quelques jours, cette collection purulente s'ouvre en général dans une bronche.

La plèvre seule peut être touchée ou bien il y a en même temps fistule bronchique.

Dans le premier cas, on aura tous les signes d'une pleurésie purulente, et par les symptômes physiques et fonctionnels et surtout par les mouvements de l'aiguille exploratrice on fera le diagnostic.

Il sera assez aisé de reconnaître la fistule bronchique. On aura ainsi un pneumothorax ou, pour mieux dire, un pyopneumothorax.

Nous ne ferons que signaler rapidement les diverses autres migrations de l'abcès, soit qu'il s'ouvre, au niveau des téguments, par une fistule, unique ou multiple, et, qu'on reconnaîtra facilement, soit, fait beaucoup plus rare, qu'il s'ouvre dans la rate ou dans le péricarde.

Nous insisterons un peu sur l'ouverture dans les vaisseaux, fait exceptionnel et dont on compte les observations. Allan Webb, Morehead, en avaient signalé des exemples. Chomel[1] prit pour une fièvre typhoïde un cas, dans lequel un abcès du foie ouvert dans la veine porte, avait donné lieu à des accidents

1. Chomel, *Gaz. Hôpitaux*, 1842.

septicémiques. Olmetta[1] et Colin[2] rapportent chacun un exemple d'ouverture dans la veine cave; Piorry James l'a vu s'ouvrir dans la veine porte, Mac Dowell dans l'artère duodénale.

On comprend que le diagnostic de ces diverses manifestations soit à peu près impossible et qu'elles ne se reconnaissent, le plus souvent, que sur la table d'autopsie.

On peut les redouter dans les cas d'abcès du bord postérieur ou de la face concave comme dans le cas de MM. Sarda et Oulié. Mais il faut que ces abcès soient diagnostiqués.

Si cependant il n'y avait qu'une ouverture fissurale, il y aurait des phénomènes de phébite avec ascite, embolies, infection purulente, et on pourrait y penser. L'ouverture ne se fait pas, en effet, tout à coup et il y a inflammation de la veine tout d'abord.

Dans notre observation IV, nous voyons qu'il s'agit bien d'un abcès du foie entourant la veine cave inférieure, que celle-ci était enflammée, et que, en deux points différents, la paroi du vaisseau était si mince qu'une cause minime aurait suffi à entraîner la perforation complète.

V. Diagnostic de la cause. — Nous terminerons enfin cette étude du diagnostic des abcès du foie par une récapitulation rapide des diverses causes qui peuvent lui donner naissance.

1. Olmetta, Th. Montpellier, 1868
2. Colin, *Union médicale*, 1873.

Quoique la dysenterie soit presque toujours en cause et qu'on puisse facilement arriver, à déterminer le rôle de cause à effet qui existe entre les deux affections, dans d'autres cas l'hépatite existe seule et l'interrogatoire le plus minutieux ne peut déceler de dysenterie dans les antécédents.

C'est qu'en effet, l'étiologie de l'hépatite suppurée est plus complexe qu'on ne le pense et les causes en sont très variables. Segond, dans son article du Traité de Duplay et Reclus, les ramène à six principales : les traumatismes du foie, les corps étrangers des voies biliaires, les lésions suppuratives, traumatiques ou autres, siégeant, soit en un point quelconque du corps, soit dans la zone du système porte, les inflammations ulcératives quelconques affectant le tube digestif, la dysenterie et, sans doute, la malaria.

En présence d'un abcès du foie, on devra donc rechercher toutes ces causes; le pronostic et le traitement peuvent en dépendre.

CONCLUSIONS

Les abcès du foie sont connus depuis la plus haute antiquité, et déjà du temps de Galien on savait les diagnostiquer ; mais, c'est surtout depuis les travaux cliniques des médecins coloniaux du dix-neuvième siècle, et, grâce aux méthodes d'examen fournies par le laboratoire que la diagnose en a été facilitée.

La grande majorité des hépatites suppurées, malgré une évolution insidieuse, peut être reconnue cliniquement. On peut se servir pour le diagnostic, de la ponction exploratrice, de l'examen du sang, du pus et des rayons Rœntgen.

La ponction exploratrice sera une des manœuvres les plus importantes à laquelle il faudra se livrer. Du pus sera-t-il retiré, elle lèvera tous les

doutes et sera ainsi le plus sûr garant du diagnostic.

Dans quelques cas, cependant, elle restera blanche, sans pour cela infirmer complètement les signes fournis par l'examen clinique et les données du laboratoire.

L'examen du pus ne devra pas être négligé; il a son utilité au point de vue du diagnostic différentiel : il permettra, par exemple, de différencier l'hépatite suppurée des pays chauds, du kyste hydatique suppuré, de la pleurésie purulente, etc.

L'examen du sang, d'après les dernières communications, reste encore un sujet à l'étude et ne peut être qu'un élément surajouté au diagnostic déjà posé. Il y a sûrement hyperleucocytose; mais, dans quelles limites ? Il y a contradiction entre les auteurs.

L'examen radioscopique pourra être quelquefois d'une grande utilité. Il montrera la déformation hépatique et le siège exact de la lésion. Sans doute, il ne servira pas au diagnostic différentiel des tumeurs du foie, mais il facilitera les autres examens et, finalement, l'intervention.

Le diagnostic dans l'hépatite suppurée doit comporter non seulement l'étude de l'affection

elle-même, mais le diagnostic de chacune des formes sous lesquelles elle se présente, le diagnostic différentiel, le diagnostic des complications, le diagnostic de la cause.

Vu : *Le Président de la thèse*,

MOSSÉ.

Toulouse, le 16 novembre 1901.

Vu : *Le Doyen*,

CAUBET.

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 19 novembre 1901.

Le recteur, président du Conseil de l'Université,

PERROUD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Achalme. — Société Anatomique, 1888.

Achard. — Société Médicale des Hôpitaux, 1894.

Achard et Phulpin. — *Médecine Moderne,* mars 1894.

Alexander. — *The Lancet,* 1875, vol. I.

Allwright. — *The Lancet,* 1888, vol. II.

Aresse. — Thèse Bordeaux, 1885.

Arnaud. — Thèse Paris, 1873.

Arnaud. — *Marseille médical,* 1837, p. 146, Congrès de Marseille, 1891.

Arnaud et d'Astros. — *Revue de Médecine,* avril 1892, p, 308.

Aron. — *Gazette des Hôpitaux,* 1874.

Ashby. — *The Lancet,* 1879.

Aubert. — Thèse Paris 1891.

Augier. — *Bulletin Société Anotomique,* 1875, p. 640.

Berenger-Féraud. — *Revue de clinique et de thérapeutique,* octobre 1887. Traité de la dysenterie, 1883.

Berger — *Bulletin Académie de Médecine,* juillet 1897.

Bernutz. — Article *Nouveau dictionnaire de Médecine et Chirurgie.*

Bertrand. — *Revue de Chirurgie,* août 1890.

Bertrand et Fontan. — Traité de l'hépatite suppurée, Paris, 1895.

Boinet. — *Gazette des Sciences médicales* de Montpellier, 1890. — Société biologique, 1870.

Bonnaud. — Thèse Lyon, 1881.

Bouveret. — *Lyon médical,* avril 1880.

Broca. — *Gazette hebdomadaire,* p. 474, 1891.

Brouardel. — L'Urée et le Foie, *Archives de physiologie,* 1876.

Caire. — Thèse Lyon, 1898.

Calmette. — *Archives de médecine navale et coloniale,* octobre et novembre 1893.

Cassuto. — Thèse Paris, 1900.

Chambrelent. — *Journal de Médecine* de Bordeaux, 1893.

Channac. — Thèse Montpellier, 1900.

Charrin. — *Société biologique*, février 1891.

Chauffard. — Article Foie, *Traité de Charcot, Bouchard et Bristaud.*

Cherny. — Thèse Paris, 1900.

Chevrey. — Thèse Paris, 1900.

Claisse. — *Société Anatomique*, juin 1891.

Corre. — *Gazette des Hôpitaux*, 1885. — Traité clinique des Maladies des Pays chauds.

Cotta. — Thèse Paris, 1895.

Cousyn. — Thèse Paris 1883.

Dabney. — *Mercredi médical*, juillet 1892.

Dannis. — Thèse Paris, 1891.

Debergue. — Thèse Montpellier. 1889.

Debray. — Thèse Paris, 1895.

Defontaine. — *Revue de Chirurgie*, juillet 1890.

Dubujardon. — *Archives de Médecine militaire* (1889), t. XIII.

Duchatelier. — Thèse Paris, 1885.

Dupré. — Thèse Paris, 1891. Des infections biliaires.

Dutrouleau. — Traité des Maladies des Européens dans les Pays chauds, 1868.

Gallard. — *Clinique Médicale de la Pitié*, 1877, p. 238.

Gilbert et Girode. — *Société biologie*, 1890 et 21 mars 1891.

Girard. — *Archives de Médecine navale*, 1889, t. II.

Gosselin. — *Clinique Chirurgicale*, t. II, p. 269.

Gueneau de Mussy. — *Clinique médicale*, Paris, 1885, et *France Médicale*, 1875.

Hach. — Académie de médecine.

Hanot. — Société Médecine des Hôpitaux, 1894.

Harley. — *Brit. Med. Journ.*, 1889.

Hayem. — Société biologique et *Bulletin* Société anatom., 1894. — Société médicale des Hôpitaux, 1887 et 1889. — Le Sang, Paris, 1889.

Jaccoud. — *Gazette des Hôpitaux*, 1867. — *Clinique médicale*, 1868. *Traité de pathologie interne*, 7e édition, 1883.

Jaccoud et Dieulafoy. — *Gazette des Hôpitaux*, 1867.

Jeannin. — *Lyon médical*, 1891.

Josserand. — *Lyon médical*, 1897.

Kartulis. — *Central. für Bak.* 1887. — Virchow's Archiv., 1889.

Kelsch. — *Progrès médical*, 1880.

Kelsch et Kiener. — Maladies des Pays chauds.

Rieux. — *Gazette hebdomadaire* Montpellier, 1886.

Lafferrère. — Thèse Lyon, 1900.

Lavigerie (de). — De l'Hépatite et des Abcès du Foie, thèse Paris, 1866.

Labadie-Lagrave. — Maladies du Foie, 1892.

Laveran. — Traité des Mal. et Epid. des Armées, 1875; Soc. Méd. des Hôpitaux, 1890.

Launois. — *Revue de Médecine,* novembre 1895.

Leblond. — Thèse Paris, 1892; Gaz des Hôpitaux, février 1893.

Longuet. — *Presse Médicale,* mars 1895.

Maurel. — Thèse Paris, 1881; Soc. Biol., mars 1901; Archives de Médecine navale, novembre 1885.

Mejin. — Congrès de Berlin, 1891.

Menocal. — *Revista de Mencias Méd. de la Habana,* avril 1892.

Mohy. — *Gazette des Hôpitaux,* octobre 1892.

Monod. — Société de Chirurgie, décembre 1890.

Moorre. — *Médical Press and circular*, 1867.

Mossé. — Société Anatomique, 1877; Art. Col. hepat, *Dictionnaire Dechambre; Toulouse médical,* juin 1901.

Murchinson. — Leçons sur Mal. du Foie, trad. Paris, 1878.

Navarre. — *Lyon médical*, 1886.

Naunyn. — *Sciences Médicales*, 1891.

Netter. — Société Anatomique, octobre 1887, et Société Méd. des Hôpitaux, juillet 1890.

Normand. — Archives de Médecine, novembre 1879.

Osler. — Centralb. für Bak, mars 1890.

Peter. — *Gaz des Hôpitaux*, 1890, p. 726.

Petit. — Société Méd. des Hôpitaux, janvier 1894.

Peyrot. — Société de Chirurgie, 1891.

Pfuhl. — Virrhow's Jahrback, 1877.

Rabaisse. — *Journal de Médecine*, Bordeaux, 1884, p. 264.

Raymond. — Semaine Méd., août 1891; Société Méd. des Hôpitaux, 1891.

Rendu. — *Lyon Médical*, 1875; *Bulletin de l'Académie*, juillet 1897; Article Foie, *Dictionnaire Dechambre.*

Rheus. — Med. News, janvier 1892.

Ripoli. — *Gazette Sarde*, 1858.

Rieux. — Thèse Lyon, 1895.

Rigaud. — *Lyon Médical.* Dict., 1893.

Rispal. — Société Biol, mars 1901.

Rouis. — Recherches sur les supp. endémiques du Foie, 1860
Rousse. — Thèse Montpellier, 1884.
Sachs. — *Gazette hebdomadaire*. 1868.
Saffar. — Thèse Montpellier, 1900.
Sarda et Oulié. — *Toulouse médical*, juin 1901 et septembre 1901
Segond. — Article Foie, in traité de chirurg., Duplay et Reclus
Simon. — Article Foie du *Dictionn. Jaccoud.*
Souque. — *Bulletin Soc. Anatom.*, 1889.
Stewart. — *Gazette des Hôpitaux*, décembre 1891.
Taddei. — Thèse Montpellier, 1881.
Tizzoni. — Riforma med., 1891.
Toussaint. — *Lyon Médical*, février 1891.
Tuffier. — Société de Chirurgie, 1892.
Turner. — *The Lancet*, 1882.
Valmont. — Thèse, Paris, 1879.
Valot. — Archives de Médecine navale, 1889.
Vedel. — *Tribune médicale*, 1880, p. 245.
Veillon et Jayle. — Société biologie, janvier 1891.
Verneuil. — Congrès de chirurgie, 1891.
Vincent. — *Archives de Médecine nav.*, 1889.
Virtely. — Thèse, Lyon, 1898.
Vogler. — *The Med. New.* 1887.
Walter-Fergus. — *The Lancet*, 1884, p. 1.
Wassermann. — Thèse, Paris, 1885.
Webb (Allan). — Pathologie médicale.
Young. — *Jour. of sc. méd.*, janvier, 1868.
Zancarol. — Congrès de Chirurgie, 1893.

TOULOUSE. — IMP. G. BERTHOUMIEU, 15, RUE DENFERT-ROCHEREAU